Nr. 6. 4. lutego 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

A. KUHN. Lwów.

Nasze uzdrowiska.

Dokończenie.

W największej może mierze powodzenie uzdrowiska zależy od kuracjusza. Większy napływ gości uzyskać oraz związać gościa z danem uzdrowiskiem można przez zapewnienie najlepszych warunków pobytu i leczenia oraz przez uwzględnienie potrzeb psychicznych i estetycznych gości. Kapitalnem dzisiaj zagadnieniem dla ruchu uzdrowiskowego jest kwestja cen. Drożyzna naszych uzdrowisk pochodzi głównie z dwóch źródeł. Wielka część właścicieli domów i pensjonatów rozpoczyna przedsiębiorstwo z kapitałem niewystarczającym; stąd konieczność zaciągania długów i zobowiązań do spłacania procentów i kapitału. Na to normalne dochody nie wystarczają, trzeba więc pobierać nadmierne opłaty. Drugim momentem powodującym drożyznę, do pewnego stopnia pozostającym w związku z poprzednim, jest śrubowanie czynszów dzierżawnych; dzierżawca, nie chcąc zbankrutować, każe sobie dobrze płacić. W obu wypadkach kuracjusz pada ofiarą. Oczywiście taki proceder nie da się długo stosować. Gości zdolnych i chętnych do uiszczania nadmiernych opłat sczasem ubywa, właściciel względnie dzierżawca zaczyna tracić na przedsiębiorstwie i potem nawet obniżka cen już go uratować nie może. Do niepowodzenia naszych przedsiębiorstw uzdrowiskowych niewątpliwie przyczynia się zbyt krótkie u nas trwanie sezonu kuracyjnego (3—4 miesięcy), szczególnie, jeżeli nie dopisze pogoda. Często słyszy się, że nadmierne podatki zmuszają właścicieli do podnoszenia cen. Z tego, co mi wiadomo o wysokości opłacanych podatków, muszę wnioskować, że te żale są przesadne. Toteż twierdzę, że dwa najpierw przytoczone powody wchodzą tu głównie w grę. Aby w tych stosunkach nastąpiła poprawa, musieliby zainteresować się przemysłem uzdrowiskowym ludzie właściwi, posiadający wystarczający kapitał i zdecydowani prowadzić przedsiębiorstwo osobiście względnie zadowalniający się godziwym czynszem dzierżawnym. W ostatnich latach coraz liczniejsze są domy uzdrowiskowe stowarzyszeń urzędniczych i nauczycielskich; te dają stosunkowo najlepsze warunki kuracjuszowi i z pewnością w tym ruchu tkwi zdrowe ziarno na przyszłość, idea samopomocy i współdzielczości gospodarczej, przynosząca w tym wypadku korzyści także uzdrowiskom. Sądzę, że ruch ten zasługuje na poparcie władz.

Osobny rozdział kwestji cen stanowią t. zw. taksy kuracyjne. Zniżka tu jest konieczna, bo taksy są gdzieniegdzie nadmiernie wysokie (do 38 zł od osoby za sezon) i wchodzą w wysokim stopniu w rachubę w preliminarzu wydatków na wyjazd do uzdrowiska w sferach mniej zamożnych, jak np. urzędnicy, a obecnie już i kupcy. Zasada petryfikacji taks kuracyjnych jest dzisiaj anachronizmem. To samo tyczy się cen kąpieli. Liczne nasze zdrojowiska stosują swoje ceny kąpieli do cen ustanowionych w kąpieliskach państwowych. O ile z jednej strony jest wskazana w tym względzie ostrożność ze strony zarządów uzdrowisk państwowych, o tyle z drugiej strony należy stwierdzić, że tych wartości, jakie przedstawiają kąpiele uzdrowisk państwowych, nie mają zazwyczaj kąpiele zdrojowisk prywatnych, więc równanie cen kąpieli w obu tych kategorjach uzdrowisk z reguły nie jest na miejscu.

Sądzę, że także koleje państwowe mogłyby przyjść z pomocą zubożałemu społeczeństwu np. przez wprowadzenie bezpłatnych biletów powrotnych z uzdrowisk.

Z licznych udogodnień, które mogą pociągać kuracjuszów, wymienię jeszcze tylko ułatwienia komunikacyjne. Odnoszą się one tak do połączeń uzdrowisk ze światem jak do komunikacji wewnątrz uzdrowisk. Dopiero w ostatnim czasie wprowadzono bezpośrednie pociągi (albo przynajmniej wagony) do niektórych naszych uzdrowisk. Ale liczne jeszcze u nas uzdrowiska mają kilkunasto a nawet kilkudziesięciokilometrowe dojazdy do stacyj kolejowych. W takiem położeniu jest jedyne u nas w swym rodzaju uzdrowisko Szczawnica, w takiem Krościenko n. D., Wysowa, Busko, Solec. Ten stan rzeczy odstręcza wiele osób od korzystania z tych uzdrowisk, tem więcej, że komunikacja autobusowa z temi miejscowościami — jak wogóle u nas wszędzie — chroma, a chroma spowodu złego stanu dróg i niesumiennej obsługi wozów. Dzisiaj nie godzi się patrzeć na autobusy wyłącznie jako na konkurenta kolei żelaznych, trzeba się pogodzić z tem, że są one u nas koniecznością. Sprawa jest o tyle ważna, że powinny się nią zająć władze, względnie instytucje rządowe czy samorządowe, obejmując przedsiębiorstwa w własne ręce. Wtedy można będzie mieć pewność bezpieczeństwa i wygody podróżnych. Jako palące konieczności wymieniam: poprawę dróg na linjach autobusowych, dostarczenie dobrych i czystych wozów, dobór odpowiednich ludzi do obsługi a nadewszystko baczny i nieustanny nadzór.

Niektóre nasze uzdrowiska są tak rozległe, że mogłyby mieć powodzenie zbudowane w ich obrębie tramwaje elektryczne lub (może lepiej) konne, a przynajmniej stałe kursy samochodowe. Np. w Krynicy przydałoby się tego rodzaju połączenie parku słotwińskiego z Krynicą wsią; ucierpieliby wprawdzie nieco dorożkarze, ale zyskaliby — na zdrowiu i na kieszeni — bardzo liczni kuracjusze. W Truskawcu takie połączenie zakładu z Horodyszczem i Pomiarkami przyczyniłoby się znacznie do ożywienia ruchu kuracjuszy i do rozbudowy zdrojowiska w kierunkach najkorzystniejszych pod względem zdrowotnym. I w innych znaczniejszych uzdrowiskach sprawa ta zasługuje na rozpatrzenie. Oczywiście zdaję sobie sprawę z trudności takiego przedsięwzięcia. Ale przy dobrej woli i pewnej pomysłowości wiele można zrobić. Przed kilku laty w jednem z mniejszych naszych uzdrowisk znalazł się przedsiębiorca, który jeździł odpowiednio skonstruowanym wozem, zaprzężonym jednym konikiem, na przestrzeni $1^1/_2$ kilometra tam i napowrót, przyjmując gości za małą opłatą — i robił na tem dobre interesy.

Czynnikiem stanowiącym o opinji i powodzeniu uzdrowiska bywa także usposobienie ludności wiejskiej, zamieszkującej miejscowość uzdrowiskową lub najbliższe sąsiedztwo. Ludność ta jest związana z uzdrowiskiem rozlicznemi interesami, z których czerpie duże zyski: zbywa tam za dobre pieniądze płody ziemi, owoce, drób, nabiał, zarabia na służbie i na robotach, często wynajmuje gościom mieszkania. Wbrew spodziewaniu, w czasie moich urzędowych objazdów uzdrowisk Małopolski w zaraniu i pierwszych latach państwowości polskiej, stwierdzałem niejednokrotnie, że ludność, o której mowa, odnosiła się nieprzychylnie do właściciela i zarządu uzdrowiska, a także do gości kąpielowych i ignorowała interes uzdrowiska. Każde żądanie, dotyczące czystości i porządku obejść i mieszkań, studzien, trzeba było u tych ludzi wyegzekwować i nie można było prawie nigdy liczyć na ich dobrą wolę. Gdy chodziło np. o nieznaczne rozszerzenie drogi prowadzącej przez wieś do uzdrowiska kosztem gruntu gminnego, trzeba było staczać formalne boje. Niewątpliwie ten nastrój ludności wiejskiej miał w znacznej mierze podkład klasowo-społeczny, niekiedy narodowościowy. Jak jest obecnie, nie jest mi wiadome. W każdym razie kwestji tej właściciele i władze muszą poświęcić baczną uwagę. Jest to konieczne, tem więcej, że stan zdrowotny sąsiadującej ludności wiejskiej i stan higieniczny jej obejść przedstawia ważny czynnik dla zdrowia gości kuracyjnych.

Przystępuję do omówienia sprawy, która ma pierwszorzędne znaczenie dla uzdrowisk, istniejących przecie przedewszystkiem dla chorych przybywających po zdrowie. Chcę mówić o rozbieżności interesów gości uzdrowiskowych, z których jedni przybywają, aby się leczyć, a inni, aby się zabawić lub oddać sportowi. Spotyka się w tej dziedzinie niekiedy stosunki nie do zniesienia. Szczególniej osobliwie wygląda ta rzecz w naszem najznaczniejszem uzdrowisku wysokogórskiem, gdzie obok setek chorych gruźliczych przewija się ta sama a czasem większa liczba turystów i sportowców. Niektórzy chorzy gruźliczy — nawet bardzo kaszlący — odwiedzają te same lokale publiczne, w których gromadzi się młodzież powracająca z forsownych wycieczek. Ośmielam się twierdzić, że to nie jest w porządku. W innem uzdrowisku obok nerwowych i sercowych chorych bywają liczni amatorzy zabaw hałaśliwych. Być może, że te moje uwagi wydadzą się komuś utyskiwaniami śledziennika. A jednak trzebaby zapytać o zdanie tych chorych, których męczy monotonne bębnienie jazzu, rozlegające się godzinami w cen-

trum zakładu, lub pozbawiają snu głośne rozmowy i śmiechy rozbawionej młodzieży; trzebaby zbadać, czy przypadkiem z wycieczek narciarskich do domów nie wraca młodzież z przewlekłym kaszlem, z którego po pewnym czasie wyłania się gruźlica.

Mogłoby zapobiec tym anomaliom odpowiednie wychowanie społeczeństwa przez wyrobienie poczucia obywatelskiego w myśl hasła „nie czyń drugiemu, co tobie niemiło“. Ale to droga bardzo długa. Więc, nie zapominając o tej pracy żmudnej, która musi być spełniona, rozważmy, czy nie możnaby innym sposobem uzyskać pożądanego wyniku. Jako jeden ze sposobów nasuwa się rozdzielenie gości leczących się i bawiących się. Będzie to niewątpliwie bardzo trudne, skoro od szeregu lat chorzy, turyści i sportowcy przyzwyczaili się do odwiedzania tych samych miejscowości, wspólnych hoteli i pensjonatów, wspólnych jadłodajni i kawiarń. Można sobie wyobrazić, że np. w Zakopanem stoki Gubałówki przeznaczono dla jednych, a Krupówki i Kuźnice dla drugich, ale jak segregować gości, zjeżdżających do Zakopanego, na te dwa okręgi? Trudno żądać od każdego przybysza świadectwa lekarskiego albo dokonywać przydziału mieszkania przez jakieś specjalne biuro, urzędujące w Zakopanem. Możeby się przydało zbadać, jak tę rzecz urządzono na terenie obcym np. w Davos. (Przypuszczam, że działa tam rygor sanatorjów i rygor moralny ogółu). Ostatecznie, narazie, zadowolnić się nam trzeba środkami mniej stanowczemi, a więc możemy np. ścisłym regulaminem zobowiązać gości leczących się (gruźliczych) i bawiących się (sportowców) do zachowania wskazanych ostrożności. Regulamin taki powinien zapewniać spokój gościom nieznoszącym hałasu. Dancingi łatwo przenieść na peryferje uzdrowiska.

Wreszcie słów kilka o właścicielach pensjonatów, hoteli, restauracyj. Są to ludzie, którzy najbliżej i najczęściej stykają się z gościem uzdrowiska, którzy w pierwszej linji są odpowiedzialni za domowy spokój i wygodę gościa. Samo przez się rozumie się, że obowiązkiem ich jest odnosić się do gości z szczerą uprzejmością i przychylnością, z wielką uwagą traktować ich życzenia, wystrzegać się robienia większych różnic między gośćmi i, co ważne, nie przyjmować nadmiaru gości w czasie największego zjazdu. Zbędna jest chyba tutaj wzmianka o potrzebie czystości mieszkań i zdrowotności kuchni. Natomiast kwestja t. zw. kuchni dietetycznej czy specjalnej w niektórych chorobach jest dotychczas otwarta; być może, że najlepiej zaradziłby potrzebie jakiś specjalny podręcznik dla osób prowadzących kuchnie w uzdrowiskach. Podręcznik musiałby być opracowany starannie, przez faktycznych znawców (lekarza i kuchmistrzynię).

Stosowanie ceny do rzeczywistej wartości przedmiotu, to dalszy dezyderat pod adresem właścicieli pensjonatów; nie uznaję tu t. zw. konjunktury, stworzonej wielkim popytem, jaki się zdarza w pełni sezonu [4]). Rozumiem, że mogą istnieć droższe i tańsze pensjonaty, dla sfer więcej i mniej wymagających, ale wygórowane ceny, przekraczające niekiedy wielokrotnie wartość rzeczywistą świadczeń, będę nazywał zawsze wyzyskiem. Nie godzi się przecie uważać wyjazdów do uzdrowisk za luksus podyktowany modą, a dający sposobność do bezceremonjalnej eksploatacji gości.

Nigdy nie mogłem dobrze zrozumieć, dlaczego w sezonie t. zw. głównym (lipiec, sierpień) ceny mają być wyższe, aniżeli w sezonie pierwszym i trzecim. Czy dlatego, aby utrudnić ludziom korzystanie z rzeczy, której w danej chwili więcej pożądają, aniżeli kiedyindziej? Uzasadnienia rzeczowego nie znajduję — przeciwnie, jeżeli idzie np. o żywność, to w sezonie głównym, spowodu obfitości i taniości jarzyn i owoców (jagód), przyrządzanie posiłków jest łatwiejsze i koszt mniejszy. Uzasadnienie, które się zazwyczaj słyszy, nie wytrzymuje krytyki. Sezon główny ma rzekomo dawać rekompensatę za straty poniesione w sezonie pierwszym i trzecim, spowodu mniejszej frekwencji. Przecie zwiększona liczba gości w sezonie głównym daje już rekompensatę.

Rozważać trzeba tę sprawę wszechstronnie, a nie wyłącznie ze stanowiska uświęconego tradycją. Słuszne jest, że w lipcu dzień dłuższy daje możność lepszego wyzyskania czasu leczenia, że w tym miesiącu większe jest prawdopodobieństwo ciepła, aniżeli w maju lub wrześniu, że w lipcu kąpiel rzeczna jest możliwa, co w maju i wrześniu zazwyczaj odpada. Toteż w sezonie głównym jest największy zjazd gości uzdrowiskowych, a przyczynia się do tego w niemałej mierze termin wakacyj szkolnych. Złudzeniem jednak jest mniemanie, że w sezonie I. i III. przybywa do uzdrowisk publiczność mniej zamożna, zaś zamożniejsza w sezonie głównym. Przeciwnie, ta ostatnia, niekrępowana czasem urlopowym, wybiera często sezon pierwszy jako sobie milszy. Sfery zaś z reguły mniej zamożne, jak np. nauczyciel lub nauczycielka, mogą wyjechać jedynie w czasie sezonu głównego i trafiają zawsze na sezon droższy.

W odróżnieniu od lipca, którego korzystne szanse wyżej przedstawiłem, maj i czerwiec dają piękno budzącej się przyrody, dają więcej spokoju spowodu mniejszej liczby gości, więcej uwagi dla gościa ze strony przedsiębiorców; podobnie rzecz się ma we wrześniu, który u nas zazwyczaj jest pogodny i często ciepły, a zdobny jest urokiem wczesnej jesieni.

Aby wyrównać do pewnego stopnia szanse gości przybywających w maju i w lipcu, muszą być mieszkania uzdrowiskowe na sezon pierwszy (i trzeci) odpowiednio zabezpieczone od zimna, które niekiedy w tej porze panuje, a jak wiadomo mniej daje się we znaki na świeżem powietrzu aniżeli w mieszkaniu. A więc okna podwójne, dobrze się zamykające, piece dobrze działające, odpowiednie przykrycie na noc. To są świadczenia właściciela, któreby mogły równoważyć poczęści szanse lipca, niezależne od właściciela. Argument, przemawiający na korzyść zrównania cen we wszystkich sezonach.

Już obecnie zauważa się, że przy sprzyjającej pogodzie frekwencja sezonu pierwszego jest niewiele mniejsza, niż frekwencja sezonu głównego, ale spodziewać się należy, że po uwzględnieniu dezyderatów wymienionych wyżej pod adresem właścicieli zwolna tradycja lipca i sierpnia pójdzie w niepamięć. Sprzyja tej zmianie rozszerzenie w Polsce czasu urlopowania urzędników, które dawniej (w zaborze austrjackim) ograniczało się na lipiec i sierpień. Jest więc nadzieja, że niebawem zjazd gości do uzdrowisk będzie mniejwięcej równomierny w całym sezonie letnim, od maja do września.

Znaczne korzyści dla naszych uzdrowisk mogłyby przynieść sezony zimowe. Warunkiem powodzenia jest odpowiednia adaptacja mieszkań i urządzeń zdrojowych. Pozatem czekać trzeba na przyzwyczajenie się naszej publiczności do korzystania z wypoczynku w zimie i na to, aby także instytucje zatrudniające pracowników zaakomodowały się do nowego porządku. O ile idzie o chorych, to lekarze muszą ustalić wskazania leczenia w sezonie zimowym.

* * *

Przed 84 laty Teodor Torosiewicz w dziele swojem p. t. „Źródła mineralne w Galicji i na Bukowinie“ (Lwów 1849) stwierdza, że „źródła wód lekarskich są zarazem źródłami naszej pomyślności“. Przytoczywszy te słowa, prof. Józef Dietl [5]) pisze (str. 3.): „Co rok tysiące chorych doznają zbawiennych skutków tych wód i z wdzięcznością rozsławiają źródła ojczyste, przy których odzyskali utracone zdrowie. Podczas mojej siedmioletniej praktyki w kraju, tudzież podczas mych podróży do swojskich wód lekarskich uważałem z ich użycia tak wielkie skutki, jakie mało kiedy nawet u słynnych wód cudzoziemskich widzieć można“. A później prof. Dietl pisze (str. 93.): „Wiele można dokonać małemi środkami. Praca jest naszym kapitałem i praca tylko kapitały stwarza. Bez pracy każdy kapitał niknie, bez pracy duch tępieje, ciało gnuśnieje“. Te myśli, to cały program pozostawiony nam przez twórców naszego zdrojownictwa, a poparty niezwykle silnem uzasadnieniem. Idźmy za temi wskazaniami! Przejmijmy się szlachetną i poważną intencją tych miłośników „swojskich wód lekarskich“.

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. H. HILAROWICZ, adjunkt kliniki. Lwów.
Dr. E. MICHAŁOWSKI, st. asyst. kliniki.

Badania doświadczalne nad wpływem myostrjatolu na regenerację.

Z Kliniki chirurgicznej (Prof. Dr. T. Ostrowski) i Zakładu Farmakologji (Prof. Dr. W. Koskowski) U. J. K. we Lwowie.

Dokończenie.

Prócz powyższych doświadczeń, w których jako miarę szybkości gojenia się ubytków przyjęliśmy ich wielkość obserwowaną aż do zupełnego zagojenia się — sposób uznany zresztą za dość dokładny przez niektórych autorów jak Laubera, w drugiej serji analogicznych doświadczeń poddaliśmy proces gojenia się kontroli histologicznej. U 6 królików jednakowego wieku wykonaliśmy na uszach ubytki skóry wielkości 1 × 1 cm;

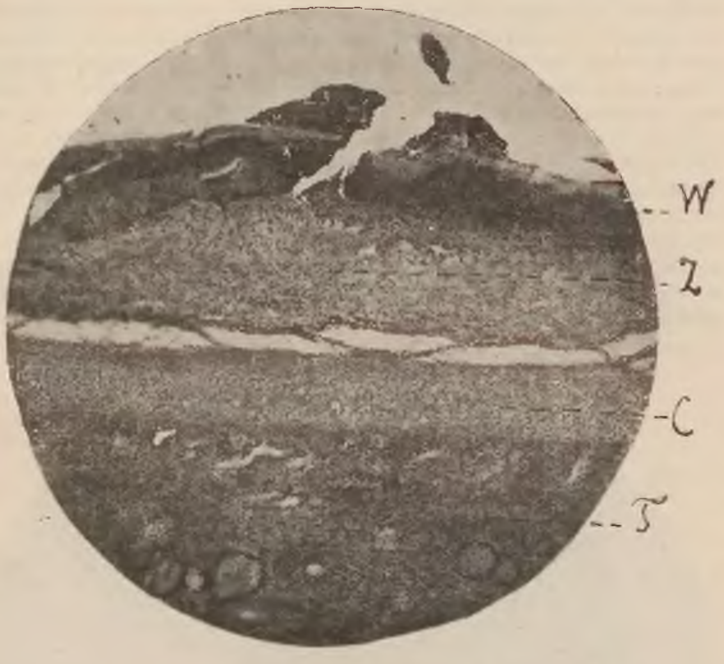
---

[4]) Przyznaję się do tego przekonania stojącego w sprzeczności z zasadą obowiązującą w handlu.

[5]) Uwagi nad zdrojowiskami krajowemi. Kraków 1858.

4 z nich otrzymywały codziennie po 1/2 cm³ myostrjatolu śródżylnie, 2 służyły jako kontrolne. Po 7 dniach zwierzętom pobraliśmy wycinki z uszu obejmujące cały ubytek, z których sporządziliśmy preparaty parafinowe barwione hematoksyliną-eozyną.

Obraz drobnowidowy: A) Preparaty ze zwierząt kontrolnych. Widoczny przekrój ucha oraz ubytek skóry i tkanki podskórnej aż do ochrzęstnej we formie zagłębienia wypełnionego



Mikrofot. 1. Zeiss ok. 2. obj. C. Przekrój przez ubytek skóry ucha królika kontrolnego po 7 dniach; na fotografji widoczny środek ubytku. C — chrząstka, Z — ziarnina, W — strup na powierzchni ziarniny, T — tkanka łączna po drugiej stronie chrząstki.

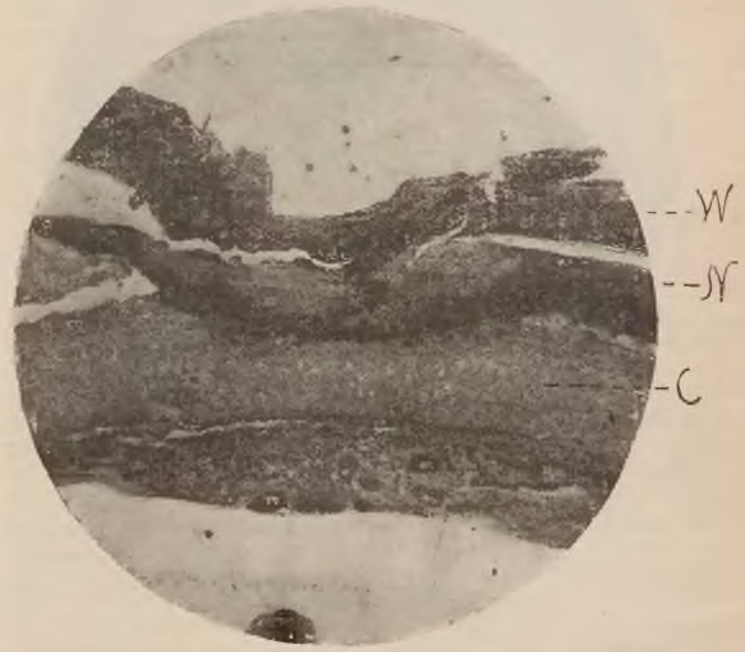


Mikrofot. 2. Zeiss ok. 2, obj. C. Przekrój przez ubytek skóry ucha królika otrzymującego myostrjatol po 7 dniach; na fotografji widoczny środek ubytku, w całości już pokrytego młodym nabłonkiem N; W — resztki strupa, C — chrząstka ucha, B — blizna.

tkanką ziarninową obficie unaczynioną, na powierzchni tejże warstwa włóknika i skrzepu. Na brzegu ubytku widoczne przejście prawidłowej skóry w wąskie pasmo młodego nabłonka wnikającego na małej przestrzeni pod strup na powierzchnię ziarniny. W otoczeniu ubytku podobnie jak i w tkance podskórnej po drugiej stronie chrząstki nacieki zapalne. Obraz taki przedstawia się u wszystkich zwierząt kontrolnych.

B) Preparaty ze zwierząt traktowanych myostrjatolem. Widoczny ubytek ucha jako płytkie zagłębienie wypełnione tkanką łączną włóknistą o skąpej ilości jąder i naczyń a pokryte na całej przestrzeni warstwą młodego nabłonka, na którego powierzchni zachował się jeszcze strup włóknikowy. W wszystkich preparatach analogiczne obrazy, przyczem na niektórych skrawkach widocznem jest, jak młody nabłonek wrasta wprost na chrząstkę oddzieliwszy cienką warstwę martwiczej tkanki chrząstkowej. U brzegów ubytków tworzy młody nabłonek grube fałdy.

W doświadczeniach powyższych stwierdza się na podstawie obrazu histologicznego u królików traktowanych myostrjatolem przyśpieszenie procesu gojenia się ubytku skóry na uszach królików w postaci znacznie szybszego i bujniejszego wzrostu nabłonka przy równocześnie szybszej przemianie ziarniny wypełniającej ubytek w tkankę bliznowatą. Wobec równych warunków gojenia się należy różnice te bardzo wyraźne odnieść do działania myostrjatolu.



Mikrofot. 3. Zeiss ok. 2, obj. C. Miejsce z innego preparatu z ubytku ucha królika otrzymującego myostrjatol po 7 dniach. Ubytek cały pokryty młodym nabłonkiem, który nasuwa się wprost na chrząstkę, oddzielając od niej mały martwak. Objaśnienia jak na mikrofot. 2.

W następnej grupie doświadczeń badaliśmy wpływ wprowadzania myostrjatolu na gojenie się złamań u królików. Regeneracja kości jest szczególnie wdzięcznem polem dla wykazania ewentualnych różnic w nasileniu procesu odnowy tkanek pod wpływem różnych czynników ze względu na możność oceny tegoż na podstawie obrazów histologicznych, względnie rentgenowskich; toteż była ona przedmiotem wielu badań, jak np. nad wpływem zabiegów na układzie sympatycznym, różnych hormonów, usuwania różnych narządów dokrewnych, naświetlań Roentgenem, najrozmaitszych leków i t. d. Jest to oczywiście sprawa wielkiej wagi praktycznej.

Technika naszych doświadczeń przedstawiała się następująco: bez uśpienia odsłanialiśmy jedną z kości (kość sprychową) przedramienia królika małem cięciem, poczem zapomocą delikatnych a ostrych kleszczyków przecinaliśmy ją w połowie długości pozostawiając drugą nietkniętą; osteotomje te udało się uzyskać bez większego pokruszenia kości. Kość druga pozostawała nienaruszona dla ustalenia jako szyna naturalna a nadto kończynę ustalaliśmy opatrunkiem gipsowym.

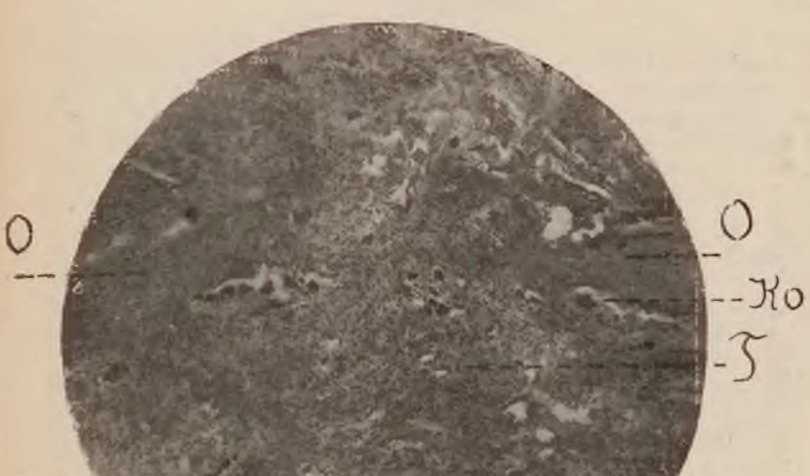
Skórę zaszywaliśmy kilkoma szwami katgutowemi. Przebieg gojenia się był we wszystkich wypadkach prawidłowy. U jednych zwierząt rozpoczęliśmy od pierwszego dnia po zabiegu wprowadzać myostrjatol dożylnie lub domięśniowo w ilości 1/2 cm³ codziennie, pozostawiając inne jako kontrolne. Po dniach 17, okresie, w którym regeneracja kości złamanej znajduje się, jak mogliśmy się przekonać, w okresie najodpowiedniejszym dla oceny ewentualnych różnic. zwierzęta zabijaliśmy, części kończyny obejmujące złamanie po usunięciu skóry utrwalaliśmy w formalinie a po odwapnieniu sporządzaliśmy prepa-

raty parafinowe barwione hematoksyliną-eozyną. Doświadczeń ogółem wykonano 6.

Opis preparatów histologicznych. 1. Preparat z królika kontrolnego. Widoczne miejsce złamania kości promieniowej a mianowicie obydwa odłamki ustawione naprzeciwko siebie bez dyslokacji. Odłamki połączone kostniną wrzecionowatą, zwężającą się ku obwodowi, złożoną przeważnie z tkanki chrzęstnej w partjach obwodowych, z młodej tkanki łącznej w partjach



Mikrofot. 4. Zeiss ok. 2, Obj. A. Miejsce złamania u królika kontrolnego po 17 dniach. O — odłamki kostne, S — substancja kostna gąbczasta, j — jamy szpikowe, T — tkanka łączna, C — tkanka chrzęstna.



Mikrofot. 5. Zeiss ok. 2, obj. D. Miejsce złamania z innego królika kontrolnego po 17 dniach, większe powiększenie. Kostnina przeważnie jeszcze złożona z tkanki łącznej T; O — odłamki, Ko — komórki olbrzymie.

środkowych w obrębie jam szpikowych. Wzdłuż ścian odłamków od strony okostnej widoczne tworzenie się substancji kostnej gąbczastej, podobnie jak i od strony jamy szpikowej; beleczki kostne nie łączą jeszcze jednak nigdzie odłamków. Tu i ówdzie wśród tkanki łącznej zwłaszcza w pobliżu wolno leżących odprysków kostnych widoczne komórki olbrzymie, niektóre z nich leżące w zagłębieniach kostnych.

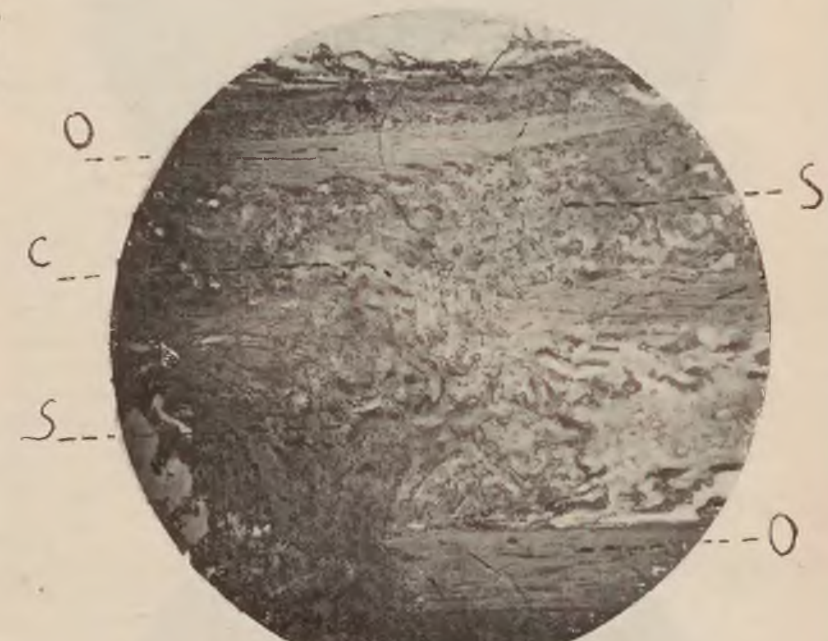
Zupełnie analogiczne obrazy stwierdza się w preparatach histologicznych z dwóch innych królików kontrolnych, przyczem w jednych przeważa tkanka chrzęstna, w innych natomiast łączna, wypełniając całą przestrzeń pomiędzy odłamkami.

Powyższe obrazy pochodzące ze zwierząt kontrolnych będziemy uważać za podstawowe dla oceny zmian wywołanych doświadczalnie.

2. Preparat królika traktowanego myostriatolem. Widoczne miejsce złamania z nieznaczną dyslokacją odłamków do boku. Odłamki połączone obfitą kostniną złożoną już prawie wyłącznie z gęstych beleczek substancji kostnej gąbczastej wyrastającej zarówno ze strony okostnej bocznych ścian odłamków jak i jam szpikowych. Wśród kostniny tej widoczna zaledwie w jednem miejscu wyspa tkanki chrzęstnej. Kostnina bardzo obficie unaczyniona.

Preparaty z innych zwierząt przedstawiają zupełnie analogiczne obrazy z obficie rozwiniętą tkanką kostną gąbczastą, łączącą już obydwa odłamki.

W doświadczeniach powyższych stwierdza się histologicznie różnice w przebiegu zrastania się złamanej kości u królików traktowanych myostriatolem w porównaniu z kontrolnemi. W 17 dniu po złamaniu istnieje już u pierwszych zrost odłamków za



Mikrofot. 6. Zeiss ok. 2, obj. C. Miejsce złamania z królika otrzymującego myostrjatol przez 17 dni. Obfita kostnina złożona z substancji kostnej gąbczastej S, C — wysepka chrzęstna zanikająca.

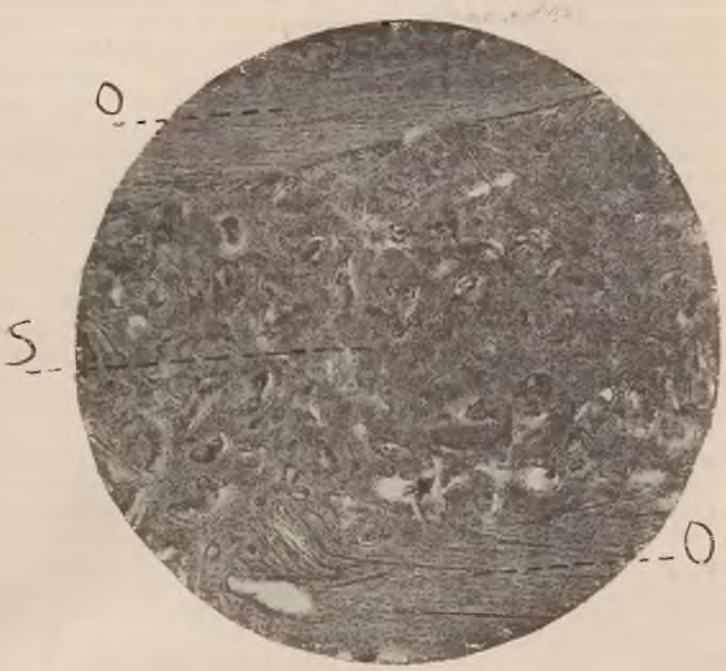
pośrednictwem substancji kostnej gąbczastej na szerokiej przestrzeni, przy zupełnym prawie zaniku tkanki łącznej lub chrzęstnej, podczas gdy u kontrolnych w tym samym czasie stwierdza się jeszcze pomiędzy końcami odłamków obfite ilości tkanki łącznej lub chrzęstnej. Odpowiada to widocznemu przyśpieszeniu procesowi odradzania się kości.

Niezależnie od opisanych wyżej doświadczeń stosowaliśmy myostrjatol w 5 przypadkach klinicznych, w tem w jednym przypadku bardzo uporczywego wrzodu żylakowego podudzia, w dwóch przypadkach chromania przestankowego, jednym przypadku choroby Buergera, oraz jednym przypadku choroby Raynaud'a. W przypadku pierwszym uzyskaliśmy po 6 wstrzyknięciach dożylnych myostrjatolu w odstępach dwudniowych oczyszczenie się wrzodu, przedtem zupełnie nieokazującego skłonności do gojenia się, a po dalszych 4 wstrzyknięciach epitelizację i zupełne wygojenie wrzodu. W przypadku choroby Buergera zauważyliśmy po 11 zastrzykach oczyszczenie się i zmniejszenie owrzodzenia oraz znaczne złagodzenie bólów. Znaczną poprawę stanu podmiotowego jakoteż miejscowego widzieliśmy również w przypadku choroby Raynaud'a, w którym po demarkacji zgorzelinowych paliczek można było je usunąć. Również w 2 przypadkach chromania przestankowego efekt zastrzyków myostriatolu był bardzo korzystny.

Jakkolwiek nasze doświadczenia mają charakter wstępny i wymagają jeszcze innych dodatkowych i kontrolnych badań, to jednak na ich podstawie, podobnie jak i na podstawie wyników

klinicznych czujemy się uprawnieni do stwierdzenia istnienia korzystnego wpływu myostrjatolu na odżywienie tkanek, a co za tem idzie na regenerację.

Wytłumaczenie tego wpływu nie jest zupełnie prostem. Wiemy dziś na podstawie licznych badań z zakresu chemofizyki ran, że przy każdem gojeniu się zachodzą w okolicy rany zjawiska biologiczne podobne do tychże przy zapaleniu, t. j. głównie miejscowe zakwaszenie wskutek H — hiperjonji oraz przesunięcia w składzie jonów K-Cl-Na na korzyść K. Przesunięcia te są w pierwszym rzędzie przyczyną zmiany napięcia ścian naczyń włosowatych i t. zw. przekrwienia zapalnego, przyczem niewątpliwie odgrywa także rolę wpływ na układ wegetatywny (Zondek). Równocześnie z tem podlega zmianie i przepuszczalność ścian naczyniowych, przychodzi do zaburzenia równowagi między ciśnieniem hydrostatycznem zależnem od szerokości n. włosowatych a onkotycznem — zależnem od zawartości koloidów i przesunięcia tejże w kierunku zwiększenia eksudacji. W miarę ustępowania stanu zapalnego i stan kapilarów zmienia się w kierunku „na resorbcję". Równocześnie z wybuchem zapalenia przypada naczyniom krwionośnym okolicy zapalnej ważne zadanie odtransportowywania produktów zapalnych, co udowodniono na podstawie badań krwi żylnej pochodzącej z obszarów zapalnych.



Mikrofot. 7. Zeiss ok. 2, obj. E. Miejsce z preparatu przedstawionego na mikrofot. 6 pod większem powiększeniem; O — odlamki, S — substancja kostna gąbczasta obficie unaczyniona.

Powyższe procesy i zmiany zachodzą także i przy aseptycznem gojeniu się tkanek, jakkolwiek w słabszym stopniu, a w miarę postępu gojenia się ustępują powoli miejsca stosunkom prawidłowym. Szczególnie ważne znaczenie mają naczynia krwionośne przy odradzaniu się kości, pośrednicząc w procesach resorbcji tkanki kostnej z jednej strony a odbudowy jej z drugiej. Ostatnie a bardzo piękne badania Riedera nad mechaniką naczyń krwionośnych i stosunkiem jej do gojenia się ran doprowadziły go do konkluzji, że głównym czynnikiem wszelkiego gojenia się jest przekrwienie, a fakt ten zdaje się być powszechnie uznanym wbrew dawnej teorji Virchowa o samodzielności komórki i o braku jakiegokolwiek wpływu przekrwienia tętniczego na odżywienie i regenerację. Według Riedera występują np. zaburzenia troficzne wskutek braku reakcyjnego przekrwienia i niezdolności do samoobrony organizmu np. przy schorzeniach rdzenia, zaburzeniach odżywienia przy miażdżycy tętnic spowodu utraty ich elastyczności i niemożności reakcyjnego rozszerzania się, przy wrzodach żylakowych spowodu utrudnienia odpływu krwi. Zgodnie z tem i większość środków leczniczych ma, jak wspomniano na wstępie, na celu ułatwienie roli naczyń krwionośnych. Logicznym też wydaje się wniosek, że środki wpływające na rozszerzenie się drobnych obwodowych naczyń krwionośnych mogą szczególnie silnie wpływać na naczynia w obrębie obszaru zapalnego względnie odradzającego się ubytku o podłożu normalnem, pozostającem już w stanie zmienionym pod wpływem lokalnym czyto hormonalnym: odnośne doświadczenia nasze z myostrjatolem zdają się to przypuszczenie potwierdzać. Wyjaśnienie działania pobudzającego tego środka na przebieg gojenia się ubytków o podłożu chorobowem, o warunkach sztucznie zmienionych na gorsze, nie natrafiają tem bardziej na trudności. Jaki jest bliższy mechanizm działania myostrjatolu na przebieg odradzania się tkanek, czy działa on na naczynia za pośrednictwem elementów nerwowych, czy też wprost na ich ściany, nie jesteśmy dziś w stanie określić, przyczem to ostatnie przypuszczenie uważamy za prawdopodobniejsze. Wykazany przez nas jego dodatni wpływ na regenerację znajduje już w każdym razie w piśmiennictwie analogje, np. w działaniu podobnem wykazanem dla padutyny (Lauber).

Interesujące również z naszego punktu widzenia są tu doświadczenia Seemena i Hempla, którym udało się uzyskać wytworzenie się tkanki kostninowej zapomocą dializatów z kości poza obrębem szkieletu wyłącznie w zmiażdżonej muskulaturze; zdawaćby się według tego mogło, że tkanka mięsna jest szczególnie dysponowaną do skostnień dzięki jakimś własnościom hormonalnym. Związek tych faktów z wykazanem przez nas przyśpieszeniem wzrostu kostniny po złamaniach pod wpływem wyciągu mięśniowego — myostrjatolu jest, zdaniem naszem, bliski.

Dr. Zbigniew RYCHŁOWSKI, St. asyst. Kliniki. Lwów.

Porody po cięciach cesarskich.

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Udoskonalenie techniki operacyjnej i opanowanie aseptyki sprawiły, że wyniki po cięciu cesarskiem są coraz lepsze, co z natury rzeczy wpłynęło na rozszerzenie wskazań do tego zabiegu.

Toteż stosujemy cięcie cesarskie nietylko w przypadkach znaczniejszego niestosunku porodowego, ale także przy licznych powikłaniach niestałych, mogących nie zaistnieć przy następnych porodach. Stąd też mnożą się w piśmiennictwie zestawienia porodów odbytych po uprzednio wykonanem cięciu cesarskiem. Obserwacje tych porodów dają nam możność należytej oceny wytrzymałości blizny w mięśniu macicy, co w konsekwencji ułatwi nam ustosunkowanie się do tego zabiegu pod względem wskazań, doboru przypadków i techniki.

Poród następowy po cięciu cesarskiem jest ze względu na możliwość pęknięcia macicy bez wątpienia poważnem ryzykiem dla matki i powinien zasadniczo odbywać się w zakładzie. Ostrożność ta nie zabezpiecza jednak całkowicie rodzącej, jak tego dowodzą liczne przypadki pęknięcia macicy nawet we wczesnych miesiącach ciąży opisane przez Massazzę, Engelsa i Hornunga i innych. Według Hollanda liczba pęknięć macicy po cięciu cesarskiem wynosi 4%, przyczem odsetek pęknięć w czasie porodu ma być dwa razy większy niż w czasie ciąży. W. Pokrowski i J. Rabinowicz obliczają odsetek pęknięć macicy po cięciu klasycznem na 1,5 do 4%. J. Audebert na 6%, Süssmann podaje 1.2% pęknięć po cięciu klasycznem, a 0,3% po cięciu w dolnym odcinku. De Lee, Luella E. Nadelhoffer i Greenhill na 91 wielokrotnych cięć szyjnych i 12 porodów po cięciach cesarskich nie spostrzegali ani razu pęknięcia macicy. Zestawienie Baischa wykazuje 3 pęknięcia na 28 porodów po cięciu. Hornung podaje 13 pęknięć na 111 porodów.

Co do mechanizmu powstawania tychże pęknięć to według Küstnera często pęknięcie nie występuje w samej bliźnie tylko obok. Pochodzi to stąd, że pod wpływem zakażenia, czy też alteracji przez szew, w innych przypadkach znów skutkiem zmian degeneracyjnych wywołanych czynnością porodową w mięśniu macicy (Lenczowski) przychodzi w czasie ciąży i porodu do oderwania się tych uszkodzonych partyj mięśnia od blizny. Hornung tłumaczy powstanie pęknięcia w bliźnie albo niewytrzymałością blizny na rozciąganie się macicy w czasie ciąży i porodu, albo też przeżarciem ściany macicy przez tkankę łożyskową. Następstwem niewytrzymałości blizny będzie rozstęp włókien mięsnych i wypuklanie się jaja płodowego w kierunku do jamy brzusznej na kształt przepukliny. To rozpychanie mięśnia w zakresie blizny rozpocząć się może we wczesnych miesiącach ciąży i postępować powoli, nie dając długi czas żadnych objawów. Przypadki podane przez Hornunga i Engelsa dowodzą, że już w trzecim miesiącu ciąży może w ten sposób dojść do pęknięcia macicy. Przeżarcie ściany macicy przez łożysko następuje wówczas, gdy przyczepienie łożyska znajduje się w obrębie blizny. Zniszczenie wywołane w ścianie macicy przez bujające kosmki dochodzić może w krańcowych przypad-

kach do wielkości dłoni. Klinicznie są te przypadki bardzo groźne, bo nawet bez zwiastunowych objawów wystąpić może nagle krwotok do jamy brzusznej i nazewnątrz, który w razie niemożności natychmiastowej interwencji najczęściej doprowadza *ad exitum*. Podobne uszkodzenia wywołać mogą także komórki błony śluzowej (Geller, Szenwic), przeszczepione przez szew w obręb rany mięśnia macicy. Co do samej techniki to bez wątpienia wybór miejsca, w którem się wykonuje cięcie, odgrywa pewną rolę. Cięcie poprzeczne w dnie macicy sposobem Fritscha zostało przez ogół operatorów zarzucone jako najbardziej usposabiające do pęknięcia. Gromadzki na sześć powtórnych cięć cesarskich napotkał się na stan groźnego pęknięcia macicy i silne zrosty właśnie po cięciu Fritscha. Przypadki pęknięcia ogłoszone przez Bajońskiego i Garbienia dotyczą również cięć poprzecznych w dnie. Toteż trudno się pogodzić z Biermerem, który jeszcze w zeszłym roku kruszył kopję w obronie tej metody. Racjonalnem może się okazać cięcie Fritscha jedynie w przypadkach wymagających następowego usunięcia macicy. Co do wyboru między cięciem w trzonie macicy a cięciem poprzecznem czy też podłużnem w szyi, przezotrzewnowem lub pozaotrzewnowem, to nie chcę się rozwodzić nad wadami i zaletami wspomnianych metod, bo przekraczałoby to ramy niniejszej pracy. Wspomnę tylko, że w dobie obecnej w Polsce podobnie jak i zagranicą większa część autorów wypowiada się za cięciem w dolnym odcinku, podkreślając większą wytrzymałość blizny usadowionej nisko, mniejszy odsetek zrostów po tym zabiegu i większe zabezpieczenie przed zakażeniem otrzewnej. Podnieść jednak należy, że istnieje jeszcze dziś cały szereg poważnych autorów, którzy przytaczając liczne badania histologiczne, twierdzą, że przy należytej technice szwu i odpowiednim doborze przypadków blizna w trzonie jest również dobra i bez zarzutu (B. J. Kouwer, W. Pokrowski i J. Rabinowicz, J. L. Audebert i J. Fabre, Serdjukow).

Duży odsetek porodów po cięciu cesarskiem kończy się ponownem cięciem ze względu na ścieśnienie miednicy, które bądź-cobądź pozostanie najczęstszem wskazaniem do tego zabiegu. Według Pokrowskiego i Rabinowicza tylko około 30% kobiet, które przebyły cięcie cesarskie, rodzi następnie siłami natury. Statystyka Schulza wykazuje 40% porodów siłami natury po cięciu klasycznem i 55,4% po cięciu szyjnem. Hornung podaje na 111 porodów po cięciu cesarskiem 57 porodów *per vias naturales*. W klinice lwowskiej wykonano w ostatnich 10 latach u 26 kobiet powtórne cięcie cesarskie. Dwie kobiety operowano trzykrotnie. Posługiwano się cięciem w dolnym odcinku macicy. Wskazaniem było we wszystkich przypadkach ścieśnienie miednicy. Sześć razy natrafiono na zrosty z powłokami, w jednym przypadku stwierdzono prócz tego zrosty z jelitami i przepuklinę brzuszną. Ze znacznem ścieśnieniem ściany w zakresie blizny spotkaliśmy się jeden raz. Sześć kobiet sterylizowano po drugiem cięciu, jedną kobietę po trzeciem. W jednym przypadku, opisanym przez Lenczowskiego, wystąpiło w czasie porodu pęknięcie macicy w bliźnie po cieciu w trzonie wykonanem poza kliniką spowodu ścieśnienia miednicy.

Porodów siłami natury obserwowaliśmy sześć. Szczególną uwagę zwracano na ewentualną bolesność w zakresie blizny oraz na możliwość występowania krwawień w pierwszym i drugim okresie porodowym, jako na objawy grożącego lub już powstałego pęknięcia macicy. W trzecim okresie wystrzegaliśmy się o ile możności wszelkich rękoczynów polegających na gnieceniu macicy, jak zabiegi Küstnera i Credégo. W krótkich słowach pozwolę sobie omówić przebieg owych sześciu porodów siłami przyrody.

Przyp. I. F. G. lat 38. Dnia 24. IV. 1929 r. cięcie cesarskie pochwowe w VII. m. ks. spowodu drgawek. Zgłasza się ponownie po półtora roku. Miednica prawidłowa. Po 7 godzinach czynności porodowej, w 30 min. po odejściu wód poród siłami natury bez powikłań. Płód żywy, donoszony, wagi 2.900 g. Połóg prawidłowy.

Przyp. II. W. D. lat 30. Dnia 21. I. 1930 r. cięcie cesarskie w dolnym odcinku spowodu łożyska przodującego. Zgłasza sie po półtora roku w początkach IX. m. ks. spowodu bólów i krwawienia. Miednica nieco ścieśniona. *Con. ext.* 19 cm. Po trzech dniach krwawienia i bóle ustąpiły. W trzy tygodnie później poród siłami natury, w 30 min. po odejściu wód, bez powikłań. Płód żywy, niedonoszony, wagi 2.000 g. Połóg prawidłowy.

Przyp. III. K. P. lat 26. Dnia 25. IX. 1930 r. cięcie cesarskie w dolnym odcinku spowodu przedłużającego się porodu w przypadku niestosunku porodowego. Wymiary miednicy *dis. sp.* 26 cm, *dis. crist.* 28 cm, *troch.* 31 cm, *con. ext.* 19 cm. Dnia 16. I. 1932 r. a więc w półtora roku później zgłasza się do porodu. Po 18 godzinach czynności porodowej, w niecałe 6 godzin po odejściu wód poród siłami natury i bez powikłań. Płód żywy, donoszony, wagi 3.600 g. Połóg prawidłowy.

Przyp. IV. F. B. lat 32. Zgłasza się do kliniki dnia 14. III. 1932 r. Przed 3 laty cięcie cesarskie w dolnym odcinku spowodu łożyska przodującego. Miednica nieco spłaszczona. Wymiary: 25, 28, 32, 19 cm. Bóle porodowe od 13. III. godziny 19. Wody odeszły 13. III. o godz. 22,30 przy ujściu rozwartem na cztery palce. Poród siłami natury po injekcji tymofizyny, 26 godzin po odejściu wód. Płód żywy, donoszony, wagi 3.100 g. W III. okresie porodowym krwotok, który opanowano wstrzyknięciem pituglandolu i ergotyny. Połóg prawidłowy.

Przyp. V. G. Sch. lat 35. Dnia 29. VII. 1930 r. cięcie cesarskie w dolnym odcinku, spowodu włókniaka macicy stanowiącego przeszkodę porodową. Po wykonaniu cięcia wyłuszczono 1 włókniak wielkości pomarańczy z tylnej ściany, a drugi wielkości jaja kurzego z przedniej ściany w okolicy dna macicy. Po roku i trzech kwartałach zgłasza się ponownie do porodu. Miednica nieznacznie ścieśniona. Wymiary 24,5, 27,5, 31, 19 cm. Poród siłami natury bez powikłań w dwie godziny po odejściu wód. Płód żywy, donoszony, wagi 3.450 g. Połóg prawidłowy.

Przyp. VI. W. K. lat 32. Dnia 8. X. 1930 r. cięcie cesarskie spowodu łożyska przodującego. Zgłasza się ponownie do porodu w maju 1932 r. Wymiary miednicy prawidłowe. Płód w położeniu pośladkowem. W 1 godzinę i 40 min. po odejściu wód poród *per vias naturales* ukończony pomocą ręczną. Płód żywy donoszony, wagi 3.550 g. W pół godziny po porodzie wystąpił krwotok o bardzo znacznem nasileniu. Ostrożne próby wygniecenia łożyska sposobem Credégo nie doprowadziły do celu i zmusiły do ręcznego wydobycia łożyska znajdującego się na tylnej ścianie. Jamę brzuszną wyczyszczono ostrożnie tępą łyżeczką i wytamponowano. Rodzącą będącą bez tętna docucono po zastosowaniu infuzji, autotransfuzji, środków nasercowych i skurczowych. W połogu ciepłota nie przekraczała 38°. Położnica opuszcza klinikę zdrowa w dwa tygodnie po porodzie.

Reasumując nasze spostrzeżenia stwierdziliśmy, że z 32 kobiet, które w naszej klinice przechodziły cięcie cesarskie, a następnie zgłosiły się do porodu, 26 musiało poddać się ponownie temu zabiegowi, a sześć rodziło siłami natury. Blizny w dolnym odcinku po cięciach przezotrzewnowych względnie w szyi po cięciu pochwowem okazały się dostatecznie wytrzymałe, by sprostać swemu zadaniu, mimo że rodzące zastępowały stosunkowo wcześnie, bo w rok do dwóch lat po operacji. Zasługuje to na szczególną uwagę w przypadku III, w którym czynność porodowa trwała po odejściu wód jeszcze prawie sześć godzin, póki niestosunek został pokonany. Jeszcze jaskrawiej przedstawiał się pod tym względem przypadek IV., w którym poród trwał przeszło dobę. Krwawienie w trzecim okresie należy raczej przypisać długotrwałemu porodowi a nie wpływowi blizny na zdolność kurczenia się macicy. Bardzo interesującym jest przypadek V., w którym macica wykazała dobrą kurczliwość i wytrzymałość, mimo że prócz cięcia w dolnym odcinku, miała jeszcze dwie blizny po dość dużych włókniakach. Przyp. VI. mógł się skończyć tragicznie, gdyby łożysko choć częściowo było przyrośnięte w bliźnie. Co było przyczyną krwotoku w tym przypadku, trudno rozstrzygnąć, być może, że istniał jakiś zrost między macicą a powłokami, który utrudniał kurczenie się macicy. Rodząca jednak nie skarżyła się podczas porodu na bóle w zakresie blizny.

W przypadku opisanym przez Lenczowskiego łudziliśmy się, że tym razem niestosunek da się pokonać, bo płód wydawał się być małym. Pęknięcie byłoby najprawdopodobniej nie wystąpiło, gdyby się, jak słusznie radzi Cathala, zdecydowano wcześniej na interwencję. Matka opuściła wprawdzie wraz z dzieckiem zdrowa klinikę, ale kosztem utraty narządu rodnego.

Materjał nasz jest zbyt mały, by móc z niego wyciągnąć decydujące wnioski, pozwala nam jednak przypuszczać, że niebezpieczeństwo pęknięcia macicy w bliźnie po cięciu cesarskiem podczas następnych porodów nie jest tak wielkie, by rezygnując z niego, poświęcać życie dziecka.

Piśmiennictwo:

1) Audebert: Gyn. et Obst. 1923 r., t. VII., str. 487. — 2) Tenże i Fabre: Bull. d. l. Soc. D'Obst. et Gyn. 1929. t. XVIII., str. 228. — 3) Baisch: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1920, t. LIII., str. 57. — 4) Bajoński: Now. Lek. 1927, str. 503 — 5) Biermer: Zbt. f. Gyn. 1932., str. 228. — 6) Cathala: Ber. über. ges. Gyn. t. XV. ref. — 7) Engels: Zbt. f. Gyn. 1928., str. 433. — 8) Garbień: Gin. Pol. 1929., str. 616. ref. z. Lwow. Tow. Gin. — 9) Gromadzki: Gin. Pol. 1929., str. 1. — 10) Holland: c. przez Szenwica Gin. Pol. 1924., str. 186. — 11) Hornung: Zbt. f. Gyn. 1931., Zesz. 11 a. — 12) Kouwer:

Gyn. et Obst. 1930., T. XXI. Zesz. 3. — 13) Küstner: Monatschr. f. Geb. Gyn. T. LXXIX., str. 286. — 14) Lenczowski: Pol. Gaz. Lek. 1931., Nr. 48. — 15) Tenże: Gin. Pol. 1932., str. 1. — 16) De Lee, Luella, E. Nadelhoffer i Greenhill: Ber. üb. ges. Gyn. T. XVI. ref. — 17) Massazza: Ber. üb. ges. Gyn. T. XIV. ref. — 18) Pokrowski i Rabinowicz: Arch. f. Gyn. T. 141. Zesz. 2. — 19) Schulz: Inaug. Disser. Freiburg. Br. 1929. — 20) Serdjukow: Ber. üb. ges. Gyn. T. XIV. ref. 22. — 21) Süssmann: Zbt. f. Gyn. 1929., str. 410. — 22) Szenwinc: Gin. Pol. 1924., str. 186. — 23) Geller: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 88. 1925.

———————

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Jan SZUMSKI, Kier. lwowsk. Oddz. Zakł. Ubezp. na Wypadek Choroby. Lwów.

Projekty reorganizacji lecznictwa w scalonem ubezpieczeniu chorobowem.

W związku z pracami i studjami przygotowawczemi nad wprowadzeniem w życie ustawy scaleniowej z marca 1933 roku należało szeroko i wszechstronnie rozważyć i powziąć decyzję, czy chwila wprowadzenia w życie ustawy jest odpowiednią na jednoczesne zaprowadzenie jednolitej dla całego Państwa organizacji lecznictwa. Dlatego też zagadnienie organizacji lecznictwa wzięte było jako jedno z pierwszych i podstawowych przez Komisarza organizacyjnego Izby Ubezpieczeń Społecznych. Przez szereg miesięcy pracowało kilka zespołów fachowców i przygotowano ogółem 7 projektów organizacji lecznictwa, z których cztery zbliżone cokolwiek do siebie, opierają organizację na systemie t. zw. „lekarza domowego", jeden jest praktyczną modyfikacją lokalnego systemu dla celów miejscowych tylko, dwa zaś przyjęły za podstawę system ambulatoryjny, licząc się przedewszystkiem ze stanem faktycznym obecnie istniejącym.

Jako jeden z ekspertów, biorący udział we wszystkich posiedzeniach poświęconych zagadnieniu organizacji lecznictwa, postaram się zupełnie w krótkości streścić główne i podstawowe wytyczne przedłożonych projektów.

1) *Projekt organizacji lecznictwa scalonego ubezpieczenia Dra Henryka Wilczyńskiego — naczelnego lekarza Związku Kas Chorych:*

Zaczynam od tego projektu, gdyż jest on najbardziej krańcowy i oryginalny, przemyślany bardzo gruntownie i starannie opracowany. Przeprowadza on konsekwentnie plan organizacji od dołu od ubezpieczonego, aż do najwyższych władz Izby Ubezpieczeń Społecznych, przyczem porusza również sprawy administracyjne, których w tem streszczeniu nie podaję.

Projekt przewiduje, że każdy ubezpieczony musi posiadać legitymację, która jest podstawą do udzielania wszelkich świadczeń.

Podstawową komórką organizacyjną są ośrodki zdrowia, w których chorych zgłaszających się o poradę lekarską, czy też profilaktyczną przyjmują lekarze ogólni, familijni, będący zarazem ich stałymi opiekunami zdrowia. Dr. Wilczyński odrzuca nazwę „lekarza domowego" i proponuje nazwę „patrona". Przewiduje się ośrodki terenowe, w granicach których lekarz jest patronem wszystkich uprawnionych (ośrodki fabryczne), lub też kompletowe, w których patron posiada 1.000—1.200 ubezpieczonych (w małych osadach mniej), opiekuje się nimi stale, przyczem jest opłacany rocznie od głowy ubezpieczonego. Ubezpieczeni obierają sobie dowolnego patrona i mogą go zmienić w grudniu na rok następny, a za zgodą lekarza i na wniosek pisemny i w innym czasie.

Dr. Wilczyński zdaje sobie sprawę z tego, że w obecnej chwili trudno będzie znaleźć dostateczną ilość lekarzy-patronów, którzyby posiadali znajomość wszystkich podstawowych działów medycyny łącznie z medycyną społeczną i profilaktyczną. Dlatego też proponuje, by Ministerstwo Opieki Społecznej porozumiało się z Ministerstwem Oświaty w celu dostosowania nauczania na wydziałach lekarskich do potrzeb lecznictwa społecznego. Od lekarza patrona wymagać się będzie prócz ogólnych uprawnień do wykonywania praktyki, 2 lat pracy w szpitalu na rozmaitych oddziałach, z tego przynajmniej $^1/_2$ roku na chirurgii, lub położnictwie. Przewiduje się szkolenie patronów w szpitalach kasowych po objęciu ich w tym celu przez Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby.

Do obowiązków lekarza patrona należy:

A) Czynności administracyjno-ewidencyjne (katalog, karty zachorowań, karty zgłoszenia i odgłoszenia, orzeczenie niezdolności, przekaz do szpitala, lub do specjalisty, wypełnianie kartek statystycznych).

B) Leczenie i zapobieganie chorobom w swoim gabinecie i w mieszkaniu chorego.

C) Akcja profilaktyczna.

D) Wykonywanie poleceń lekarza naczelnego w granicach jego kompetencji urzędowej.

Jako wynagrodzenie patrona przewiduje się kwotę 6—9 zł na rok i głowę ubezpieczonego (wraz z rodziną) zależnie od tego, czy przyjmuje w swoim gabinecie, czy też w lokalu ubezpieczalni (nazwy ambulatorjum skrzętnie unika Dr. Wilczyński), czy używa swoich środków lokomocji, czy też nie i t. p.

Patron ma przyznany kontyngent odsetkowy chorych kierowanych przekazami do specjalistów, który ustala się na 3—5%. Ubezpieczalnia może też określić kontyngentowo koszt leków na głowę np. ± 50 gr mies., przyczem przekroczenie kontyngentu obciąża rachunek patrona.

Patron może przyznać niezdolność do pracy niedłużej jak 3 dni, w pewnych cierpieniach do 10 dni.

Ubezpieczonemu przysługuje prawo odwołania się do Komisji Rozjemczej, a od jej zaś decyzji do Głównej Komisji lekarskiej przy Zakładzie Ubezpieczenia na Wypadek Choroby.

Drugą wyższą komórkę organizacyjną stanowią *lekarze specjaliści* związani integralnie ze szpitalem Ubezpieczalni, przyjmujący chorych przy nich, lub też oddzielnie i ewentualnie też w swoich prywatnych gabinetach, jednak zasadniczo pracujący pod kierunkiem czynnych ordynatorów szpitala. Specjaliści honorowani są przez szpital od udzielonej porady podług specjalnego cennika, określonego na rok i głowę ubezpieczonego według proporcji przekazów.

Przyjąwszy poradę patrona za 10 określa Dr. Wilczyński stosunek wartości porad następująco: dentysta 6, ginekolog 12, wenerolog 8, (drugi raz podane 15?), chirurg 15, okulista 12, starszy ordynator w chorobach wewnętrznych 20, wizyty u obłożnie chorych — 50% wyżej.

W miastach, w promieniu 2 km od szpitala, względnie ambulatorjum szpitalnego nie może być gabinetu specjalistycznego.

Na czele kilku, do kilkunastu ośrodków stoi *lekarz obwodowy*, który urzęduje w szpitalu, lub obok niego, gdzie zaś szpitala niema, w biurze Ubezpieczalni, które również powinno się znajdować przy każdym większym szpitalu, a gdzie szpitala niema, — w miejscowości o większej liczbie lekarzy. Lekarz obwodowy jest zastępcą kierownika szpitala umownego, lub zobowiązanego, a we własnym szpitalu Ubezpieczalni jest jego kierownikiem.

Lekarz obwodowy jest urzędnikiem Ubezpieczalni, o jego przyjęciu i zwolnieniu decyduje naczelny lekarz Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby; o ile możności nie powinien on zajmować się prywatną praktyką i cały swój czas poświęcać ma pracy w Ubezpieczalni. Kontroluje on pracę lekarzy, orzeka o niezdolności, przewodniczy komisjom lekarskim szpitalnym. Na prowincji może być lekarzem obwodowym lekarz powiatowy, o ile miał uprzednio praktykę ubezpieczeniową.

Projekt przewiduje wreszcie w każdej Ubezpieczalni szpital własny, bądź też umowny, lub zobowiązany.

Jak zaznaczono wyżej, szpital z zasady prowadzi ambulatorja specjalistyczne. Na czele szpitala stoi lekarz obwodowy. Przy szpitalu winien być aparat Roentgena, laboratorjum analityczne, pogotowie, tabory przewozowe, składnice leków, rezerwa lekarska i specjalistyczna.

Przy szpitalu winien też być oddział administracyjny, którym ewentualnie może kierować lekarz po zdaniu odpowiedniego administracyjnego egzaminu. W zasadzie powyższe odnosi się również do szpitali zobowiązanych i umownych.

Projekt Dra Wilczyńskiego wyłącza kilka największych kasowych szpitali w Państwie, przeznaczonych do specjalnych celów i poddaje je wprost kompetencji Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby.

Tendencją przyszłych Ubezpieczalni winna być rozbudowa własnego szpitalnictwa i powiększenie liczby łóżek, gdyż to pogłębi wartość ogólną lecznictwa.

Projekt w dalszym ciągu omawia szczegółowo organizację Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, proponując w nim stworzenie 3 wydziałów, a to:

I. *Inspekcyjny* (administracyjny), na czele z Gł. Inspektorem lecznictwa zarazem zastępcą lekarza naczelnego.

II. *Normatywny* (organizacyjny), na czele radca prawnik.

III. *Gospodarczy* (wykonawczy), na czele wicedyrektor,

a następnie Izby Ubezpieczeń Społecznych, starając się rozgraniczyć szczegółowo ich kompetencje.

2) *O reformę organizacji lecznictwa w Kasach Chorych (łącznie z kalkulacją) Dra Henryka Kluszyńskiego — doradcy lekarskiego Związku Kas Chorych:*

Projekt wychodzi z założenia, że najbardziej wartościowym typem lekarza jest lekarz wszech nauk lekarskich i dyskwalifikuje nadmierne rozpanoszenie się w Kasach Chorych typu lekarza specjalisty. Kasy Chorych szły błędną drogą, utrudniając uzyskanie właściwej pomocy lekarskiej przez ubezpieczonych. Lecznictwo specjalistyczne oparte zostało o system ambulatoryjny, który jest bardzo uciążliwy dla chorych i powoduje liczne narzekania.

Reformę lecznictwa wyobraża sobie Dr. Kłuszyński w ten sposób:

Zasadniczą podstawową komórką organizacyjną lecznictwa powinien być terytorjalny ośrodek leczniczy z *lekarzem rodzinnym* (domowym, ogólnym, praktycznym), do którego zgłaszają się wszyscy ubezpieczeni z danego terytorjum.

Wyższą komórkę organizacyjną stanowią *przychodnie specjalistyczne*, ze specjalistami wysokiej klasy, do których *kierują ubezpieczonych wyłącznie lekarze ośrodków leczniczych*. Przychodnie specjalistyczne winny być, o ile możności częścią szpitala i kierowane przez specjalistów ordynatorów szpitalnych. Według Dra Kłuszyńskiego ten sposób organizacji da pomoc na prawdziwej wyżynie i zapewni znaczne *oszczędności*.

Projektodawca zdaje sobie sprawę z trudności w związku z wprowadzeniem w życie jego projektu, a tkwią one w psychice ubezpieczonych, w psychice lekarzy i w braku odpowiednio wykwalifikowanych lekarzy na stanowiska lekarzy rodzinnych. Dlatego *wyobraża sobie, że reorganizacja mogłaby następować wolno, etapami przez okres około 2—3 lat*.

Należy zwrócić się do wydziałów lekarskich Uniwersytetów, by naukę lekarzy dostosowały do nowych wymagań życiowych.

Przystępując do reorganizacji musimy uwzględnić istnienie obecnie dwóch odmiennych typów organizacji, t. j. ambulatoryjnego i gabinetowego. Teren Kas Chorych należy podzielić na rejony prowadzone przez lekarzy rodzinnych, przyczem zależnie od jego charakteru ilość ubezpieczonych na lekarza winna się wahać w granicach od 800—1.200. Celem ścisłego rozgraniczenia rejonów, Kasy muszą sporządzić ewidencję ubezpieczonych według miejsca ich zamieszkania. Ośrodek leczniczy winien znajdować się w centrum rejonu. Lekarz rodzinny prócz lecznictwa musi zajmować się jaknajszerzej profilaktyką lekarską i chorobami zawodowemi.

Muszą być 2 typy lekarzy rodzinnych, jeden w miastach uniwersyteckich, w Łodzi i Sosnowcu, drugi w innych miastach. W pierwszym typie wymagania kwalifikacyjne dla lekarzy rodzinnych mogą być ograniczone, gdyż mają oni pod ręką specjalistów. W drugim typie zaś lekarz rodzinny musi bardzo dobrze orjentować się we wszystkich działach medycyny.

Większa część lecznictwa będzie wykonywana przez lekarzy rodzinnych, do specjalistów skierowywać oni będą przypadki ciężkie, których sami nie mogli załatwić. Ilość wizyt specjalistycznych nie powinna przekraczać mniejwięcej 10% wizyt ogólnych.

Dr. Kłuszyński zaznacza z naciskiem, że nie rezygnuje bynajmniej z systemu ambulatoryjnego, który wcale nie zbankrutował. Należy utrzymać system przychodni tak dla lekarzy rodzinnych, jak i specjalistów.

Zasadniczo każdy ośrodek leczniczy winien się składać z 4 izb i posiadać odpowiednie urządzenie. Lekarz do pomocy będzie mieć higjenistkę wywiadowczynię.

Dr. Kłuszyński odrzuca system wolnego wyboru lekarza według wzoru angielskiego, jako zupełnie nienadający się do naszych stosunków, natomiast chwali bardzo system wiedeński, na którym się częściowo wzoruje.

Proponowana przez niego reforma da, jak zaznaczono, oszczędności, ale „nawet gdyby koszta pomocy lekarskiej nie zmniejszyły się, lecz utrzymały się na dotychczasowym poziomie, to i tak reorganizacja jest konieczna ze względu na jej praktyczność i celowość".

Lekarze rodzinni podlegaliby wprost lekarzowi obwodowemu. Wkońcu zwraca uwagę Dr. Kłuszyński na konieczność utrzymywania rezerw na zastępców i następców lekarzy w ilości przypuszczalnie 10% lekarzy rodzinnych.

W drugiej części podaje Dr. Kłuszyński szczegółowe kalkulacje poszczególnych pozycyj lecznictwa prowadzonego obecnym systemem i systemem przezeń proponowanym. Różnice wydatków są bardzo małe i tak ostateczny koszt świadczeń systemem obecnym wynosi zł 100,301.965, systemem Dra Kłuszyńskiego wynosi zł 96,209.468. Wobec przewidzianego ogólnego wpływu po wejściu w życie ustawy scaleniowej w wysokości 100 miljonów złotych, byłby w całości duży deficyt (koszta administracyjne, odpisy, rezerwa).

3) *Szkic organizacyjny dla Kasy Chorych m. Warszawy (w myśl okólnika Nr. 638 P. Ministra Pr. i Op. Społ.) Dr. Jerzy Bujalski — główny Inspektor lecznictwa Związku Kas Chorych:*

Jest to pierwszy projekt w Państwie, który stara się wcielić w życie tezy okólnika Nr. 638.

Kierując się wytycznemi tegoż okólnika Dr. Bujalski jeszcze w styczniu 1930 roku opracował szczegółowo projekt organizacji Kasy Chorych m. Warszawy. Część tego projektu, dotyczącą lekarzy domowych przedłożył obecnie Dr. Bujalski Komisarzowi Organizacyjnemu Izby Ubezpieczeń Społecznych, jako materjał przy opracowywaniu organizacji lecznictwa scalonego ubezpieczenia. Do projektu dołączony jest szczegółowy regulamin pracy dla lekarza rejonowego (domowego).

Warszawska Kasa Chorych dzieli się na oddziały (obwody), te zaś na rejony.

Oddział stanowi całość autonomiczną i posiada własny budżet. Każdy ubezpieczony musi być zaopatrzony w legitymację kasową. W kierunku udzielanych świadczeń jest ubezpieczony terytorjalnie związany ze swoim oddziałem.

Z lecznictwa kasowego wyłącza się w przyszłości opiekę nad matką i niemowlęciem, pomoc położniczą i leczenie chorób wenerycznych, przekazując te dziedziny specjalnym instytucjom powołanym do udzielania pomocy całej ludności, nietylko ubezpieczonym i ich rodzinom.

Oddział posiada przychodnię specjalistyczną, opartą o szpital kasowy lub inny, komisję orzekającą o niezdolności do pracy, zakłady lecznicze i diagnostyczne, apteki oraz rezerwy lekarskie i pielęgniarskie.

Przychodnie specjalistyczne obejmują w leczenie *wyłącznie* chorych skierowanych przez lekarzy rejonowych, względnie przez naczelnego lekarza oddziału, a specjaliści obowiązani są na każdorazowe wezwanie lekarzy rejonowych odwiedzać również obłożnie chorych w domu.

Chorzy na cierpienia chirurgiczne, skórne i oczne mogą udawać się o poradę wprost do poradni specjalistycznej i mogą być tamże stale leczeni w myśl decyzji naczelnego lekarza oddziału, zakomunikowanej jednocześnie odnośnemu lekarzowi rejonowemu. Istnieje ścisły kontakt specjalistów z lekarzami rejonowymi, którzy obowiązani są podawać im wyniki badań swoich.

Do przychodni dentystycznej mogą się ubezpieczeni udawać bez pośrednictwa lekarza rejonowego.

Każdy lekarz może zwolnić ubezpieczonego leczącego się ambulatoryjnie od pracy nie dłużej jak 5 dni, a powyżej tego terminu orzeka o niezdolności komisja lekarska, do której kompetencji należy zarazem przyznawanie świadczeń zastrzeżonych, jak leczenie klimatyczno-zdrojowe, pasy brzuszne, protezy i t. p.

Obłożnie chorego może lekarz leczący zwolnić od pracy najwyżej do 10 dni, poczem winien o tem zawiadomić komisję lekarską.

Rejony lekarskie posiadają organizację terytorjalną i obejmują od 5.000—8.000 ubezpieczonych, przyczem na każdego lekarza rejonowego i 1 higjenistkę przypada 1.000 ubezpieczonych. Każdy lekarz rejonowy posiada swój gabinet lekarski.

Ubezpieczony bez względu na swoje zamieszkanie wybiera sobie dowolny rejon i lekarza leczącego. Numer rejonu i nazwisko lekarza wpisuje się do legitymacji ubezpieczonego. Zmiana rejonu i lekarza może nastąpić tylko za zezwoleniem naczelnego lekarza oddziału, z wyjątkiem zmiany miejsca zamieszkania.

Wszyscy lekarze rejonowi danego rejonu stanowią wspólny komplet nawzajem zastępujący się, zaś dla dyżurów lekarskich łączy się ze sobą parę rejonów, które wspólnie wyłaniają na każdy dzień kolejkę lekarza i higjenistki dyżurnej na okres 24 godzin.

Jeden z lekarzy rejonowych pełni obowiązki kierownika rejonu, za co otrzymuje specjalny dodatek funkcyjny.

Lekarze rejonowi leczą chorych wewnętrznie, dzieci, małą chirurgję, małą okulistykę, choroby kobiece, skórne, gardła, nosa i uszu.

W 18 artykułach podane są obowiązki lekarza rejonowego, do których należą w szczególności leczenie chorych w ambulatorjum i w domu, kierowanie do specjalistów oraz jaknajszerzej pojęta profilaktyka lekarska.

Szczegółowy regulamin określa w 30 ustępach obowiązki lekarzy rejonowych.

4) *Projekt organizacji lecznictwa w myśl ustawy scaleniowej Dra Stefana Bogusławskiego — naczelnego lekarza Kasy Chorych w Łodzi:*

Projekt opracowany w drobnych szczegółach i konsekwentnie przeprowadzony we wszystkich etapach, przewiduje trzy podstawowe komórki organizacyjne i tak:

1. *Ośrodek leczniczy* z lekarzem domowym, który ze względu na szereg praktycznych momentów powinien być zorganizowany w myśl zasady terytorjalnej, a nie zasady nieograniczonego wolnego wyboru. Teren Ubezpieczalni podzielony jest na rejony, obejmujące od 1.500—3.000 uprawnionych i nie mniej jak 500 ubezpieczonych. W każdym rejonie mieści się ośrodek leczniczy w lokalu 4-pokojowym (w mniejszych w 3-pokojowym), przez który zasadniczo musi przejść każdy uprawniony „choćby ze względów rejestracyjnych"; przy ośrodku jest podręczna apteczka; etat ośrodka stanowią: 1 lekarz, 1 higjenistka, 1 akuszerka, 1 sprzątaczka, na 5 miejskich ośrodków 1 goniec, a w ośrodkach odległych jeszcze woźny-dozorca. Lekarz, prócz lecznictwa, winien się zajmować jaknajszerzej profilaktyką, okazywać własną inicjatywę i pieczę nad podniesieniem stanu zdrowotności swego rejonu, szczególną pieczą otoczyć też młodzież szkolną w ścisłym kontakcie z samorządem, prowadzić szeroką propagandę i t. p. Prócz kartoteki chorobowej prowadzi się specjalną *kartotekę profilaktyczną i hipotekę zdrowia, obejmującą opis stanu sanitarnego domów i posesyj, warunków mieszkaniowych i t. p.* Prócz wyżej podanego etatu przewidziana jest jeszcze na 3 rejony 1 specjalna higjenistka wywiadowczyni. Higjenistka w ośrodku zdrowia prowadzi kartotekę chorobową zwykłą (t. zw. indywidualne karty zdrowia) i kartotekę wynikową, pracuje z lekarzem w ośrodku, prowadzi kancelarję, zaś higjenistka wywiadowczyni prowadzi kartoteki hipoteki zdrowia, załatwia domowe wywiady i zabiegi u obłożnie chorych. Lekarz domowy załatwia głównie przypadki chorób wewnętrznych i bardzo nieliczne proste i banalne przypadki inne i wykonuje sam, lub przy pomocy higjenistki drobne zabiegi zaordynowane przez specjalistów (krople do oczu, płókanie nosa); zresztą dzieci do lat 6 kieruje do własnej poradni dla dziecka i matki, schorzenia gruźlicze, głównie płuc do własnej poradni przeciwgruźliczej, choroby oczu, uszu, nosa, gardła i krtani, weneryczne, skórne, ginekologiczne, chirurgiczne i inne do odnośnych specjalistów.

Równie szczegółowo określa Dr. Bogusławski funkcje i tok całodziennej pracy higjenistki ośrodka (zastrzyki, opatrunki, temperat., mocz na białko i cukier), — akuszerki (dziennik porodów, wywiady akuszeryjne, kartoteka położnicza) i higjenistki wywiadowczyni.

Duży nacisk kładzie Dr. Bogusławski na system i sposób prowadzenia kartoteki chorobowej, jako podstawy do obliczania ruchu chorych, statystyki i t. p. Zasadniczo rozróżnia Dr. Bogusławski karty czynne i karty nieczynne t. zw. kartotekę wynikową. Kartoteka ośrodków ma 5 działów: 1) kartoteka chorobowa osób leczących się poza ośrodkiem, 2) kartoteka chorob. osób leczących się w ośrodku, 3) kartoteka profilaktyczna, 4) kartoteka wynikowa, 5) kartoteka położnicza. Dalej dzieli karty w kartotekach na: 1) indywidualne karty zdrowia, 2) karty zastępcze, które są wkładane na miejsce indywidualnych kart zdrowia, skoro te zostaną przesłane do innego miejsca leczenia się, 3) karty przekazowe, na mocy których odbywa się objęcie w leczenie poza ośrodkiem, 4) karty jednorazowej porady, o ile lekarzowi domowemu idzie o podanie wyniku konsultacji u specjalisty.

Karta zdrowia idzie wszędzie za chorym, a po wyleczeniu wraca do ośrodka macierzystego, w którym tymczasowo założono kartę zastępczą.

Bardzo dokładnie podaje Dr. Bogusławski dynamikę organizacji ośrodka leczniczego, a mianowicie technikę udzielania świadczeń, sposób załatwiania chorych, ruch kart zdrowia i prowadzenie profilaktyki.

2. *Szpital i poradnie specjalistyczne.* Drugą wyższą komórkę organizacyjną stanowią szpitale własne i poradnie specjalistyczne organicznie z nim związane i znajdujące się w lokalu szpitala, lub też oddzielnie, jako zdecentralizowane i rozsiane na większej przestrzeni celem łatwej dostępności. O zakład szpitalny oparte są również zakłady rozpoznawczo-lecznicze.

Również bardzo szczegółowo podaje autor strukturę organizacji poradni specjalistycznej i szpitala, system prowadzenia kartoteki, oraz analogicznie jak w ośrodkach zdrowia dynamikę ich organizacji.

3. 10—15 ośrodków leczniczych, a nawet ewentualnie mniej tworzy *obwód leczniczy.* Etat jego stanowią: naczelny lekarz obwodu, referent administracyjny, 2 urzędników, 1 maszynistka, 1 woźny, 1 goniec i 1 sprzątaczka (8 osób). Jeśli obwód mieści się wspólnie z poradnią specjalistyczną, jako ekspozyturą szpitala, — musi być przy nim również izba przyjęć.

Naczelny lekarz obwodu zajmuje się głównie inspekcją całokształtu pracy lekarzy domowych. Jeśli ma obok siebie poradnie specjalistyczne, to spełnia on wobec nich obowiązki administratora, pod względem fachowo-lekarskim należą one jednak do dyrektora szpitala.

W obwodzie jest 5 referatów: świadczeń, personalny, gospodarczy, budżetowo-rachunkowy, ruchu chorych (statystyczny).

Szczegółowo omawia Dr. B. zakres czynności poszczególnych referatów i dynamikę organizacji obwodu.

4. Najwyższą wreszcie komórką organizacyjną będzie *wydział świadczeń ubezpiecz.*, którego strukturę organizacyjną autor szczegółowo szkicuje. Posiada on 2 oddziały: organizacyjny i inspekcyjny.

Ostateczne wnioski Dra Bogusławskiego są takie: *kształcić kandydatów na lekarzy domowych, skasować dotychczasowe ambulatorja, a w ich miejsce urządzić szpitale, ewentualnie szpitalne poradnie specjalistyczne* (jaka będzie ich różnica od dzisiejszych ambulatorjów, autor nie podaje), *lub zakłady rozpoznawcze.*

5) *Projekt organizacji lecznictwa Drów Tadeusza Milewskiego i Włodzimierza Zawadowskiego — lekarzy Kasy Chorych w Warszawie:*

Po obszernym wstępie podającym, jaka jest ogólna idea i cel istnienia ubezpieczeń społecznych, autorzy stawiają następujące postulaty dla lecznictwa ubezpieczeniowego:

1. Musi być uwzględniony *moment psychologiczny,* który jest podstawą każdego racjonalnego systemu leczniczego. Momentu tego nie można *a priori* nikomu narzucić, a jest on wytworem wzajemnego kontaktu i zaufania, jaki wytwarza się w dłuższem obcowaniu chorego z lekarzem. Wszelkie czynniki przymusu sprawiają złe wrażenie na ubezpieczonym. Należy zachować atmosferę luźnego stosunku, ujętego jednak w celowe ramy personalne i terytorjalne.

2. *Musi być zagwarantowana współczesność środków i sprawność działania.*

Lecznictwo zorganizowane posiada wszystkie możliwości, aby być wyższem od lecznictwa innych form, a w szczególności od lecznictwa prywatnego. To co w prywatnem lecznictwie jest dostępne tylko dla bogatszych, to ubezpieczony otrzymuje w Ubezpieczalni. Nie sprosta również nigdy lecznictwu ubezpieczeniowemu — lecznictwo samorządowe.

3. *Musi być uwzględniony w szerokim zakresie czynnik indywidualizacji.*

4. *Ciągłość leczenia,* a jednocześnie jego łatwa dostępność i szybkość działania.

Bardzo dużą wagę przywiązują autorzy do racjonalnie zorganizowanego *czynnika kontroli,* który jest konieczny dla uniknięcia omyłek, prostowania błędów, a nadewszystko dla koordynacji działania. Jej zadaniem jest również cel konsultatywny w lecznictwie i czuwanie nad sprawiedliwem udzielaniem świadczeń. Ale tylko wtedy, jeśli ustawodawstwo jest nastawione nie na przestępstwo, a na czyn normalny, może być mowa o właściwej kontroli działania, które musi być twórcze, a nie policyjne. Trudno również pomyśleć, by w ubezpieczeniach nie dominował czynnik profilaktyki, gdyż pieniądz włożony na jego cel zapobiegnie często długotrwałej chorobie i zwróci się z żywem oprocentowaniem w postaci zdrowego człowieka.

W myśl tych ogólnych wytycznych powinna być organizacja ubezpieczeń chorobowych następująca:

Posiadać działy lekarski, finansowy, administracyjny i inne zależnie od lokalnych warunków.

1. *Dział lekarski* na czele z naczelnym lekarzem posiada wydziały leczniczy i farmaceutyczny.

Do zakresu działania *wydziału leczniczego* należy całokształt spraw związanych z udzielaniem pomocy lekarskiej. Wydział leczniczy ma sekcje: ogólną, obwodów leczniczych, dentystyczną, propagandową i profilaktyczną i inne zależnie od lokalnych warunków.

Teren Ubezpieczalni dzieli się *na obwody lecznicze,* te zaś na *podobwody i ośrodki lecznicze.*

Ośrodki lecznicze: rozwój ich powinien iść po linji obecnych ośrodków zdrowia z jaknajszerszem uwzględnieniem pomocy lekarskiej opartej na instytucji lekarzy domowych (rodzinnych) i ich ścisłej współpracy ze specjalistami zatrudnionymi w przychodni specjalistycznej.

„Dzisiejsza wiedza lekarska zmierza w kierunku jednostronnej, a nawet ściśle ograniczonej specjalności. Istnienie typu lekarza omnibusa o cechach uniwersalności jest w dzisiejszych czasach rzeczą nie do pomyślenia". (Przyp. sprawozdawcy: zupełnie odmienny pogląd od Dra Kłuszyńskiego). Chorzy dzisiejsi nazbyt dobrze orjentują się w specjalnościach, by mieć we wszystkiem zaufanie do lekarza ogólnego. „I dawni lekarze „ziemscy" w Rosji, pracujący dzisiaj w Kasach Chorych, jakkolwiek uniwersalni, musieli się określić przeważnie jako internIści, gdyż chorzy w wypadkach specjalnych świadomie ich unikali, zwracając się o pomoc do specjalistów. Dlatego też, two-

rząc ramy organizacji lecznictwa w przyszłych Ubezpieczalniach Społecznych należy oprzeć je nie na typie lekarzy ogólnych (domowych), uniwersalnie przeszkolonych, lecz na zespole lekarzy specjalistów. Celem uniknięcia jednak jednostronności specjalizacji i dla sprawności lecznictwa, od lekarzy ośrodków leczniczych (głównie internistów i pedjatrów) należy wymagać odpowiedniej znajomości i innych działów medycyny. Znajomości te winny być zużytkowane dla celów głównie diagnostycznych i terapeutycznych w zakresie mniejszej wagi".

Lekarz ośrodka ma do pomocy higjenistkę.

Zasadniczo organizacja lecznictwa będzie zależeć od danego środowiska. I tak:

a) *w środowiskach większych* musi być uwzględniona jaknajszerzej organizacja specjalistyczna,

b) *w środowiskach mniejszych* uwzględniać w mniejszym stopniu specjalizację, jednak nie zaniedbywać jej i udostępnić ją również chorym.

c) *w środowiskach małych,* gdzie niema specjalistów, posługiwać się tylko lekarzami ogólnymi.

W ośrodkach leczniczych typu *a)* i *b)* pomocy leczniczej winien udzielać zespół specjalistów internistów i pedjatrów (gros zgłoszeń stanowią chorzy tych kategoryj).

Na 1 lekarza ośrodka winno przypaść 750 ubezpieczonych w środowiskach dużych, w małych — odpowiednio mniej. W większych ośrodkach bardziej zagęszczonych wskazane jest jednoczyć 2 ośrodki w jednym lokalu ze względów administracyjno-oszczędnościowych (nazwa podobwód).

Przy organizowaniu Ubezpieczalń Społecznych jako zasada powinien być zachowany system ambulatoryjnej pomocy lekarskiej.

Drugą wyższą komórkę organizacyjną stanowić będą przychodnie specjalistyczne wraz z zakładami pomocniczo-leczniczemi i rozpoznawczemi. Chorzy kierowani są do przychodni specjalistycznych przez lekarzy domowych, *lub też zwracają się wprost.*

Kierowanie chorych do szpitali i przydział miejsc reguluje obwód.

Na czele *obwodu* stoi naczelny lekarz, jako organ całkowicie niezależny w swych czynnościach, jedynie odpowiedzialny za całokształt spraw w granicach ustalonego budżetu przed naczelnym lekarzem i Dyrekcją Ubezpieczalni Społecznej. Ma on swoje biuro i personel.

Nadzór i kontrolę nad sprawnością lecznictwa wykonuje inspektor lekarski obwodu, zależny służbowo od lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej, a niezależny od naczelnego lekarza obwodu (stanowisko przewidziane tylko w dużych Ubezpieczalniach Społecznych). Obowiązuje współpraca obwodu z innemi instytucjami w dziedzinie profilaktyki.

Przy większych obwodach jest niezbędna rezerwa lekarzy. Pozatem istnieją dyżury lekarzy i ewent. pogotowia, oraz komisje lekarskie orzekające w sprawach zasiłków i innych.

Należy szkolić specjalnie narybek lekarski i urządzać kursa uzupełniające dla personelu lekarskiego i pomocniczego w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską.

Autorzy kładą nacisk, by wszelkie instrukcje normujące rodzaj, istotę i czas pracy lekarzy były uzgadniane z Naczelną Izbą Lekarską.

II. *Wydział farmaceutyczny:* szczegółowej organizacji jego agend autorzy nie podają.

Następnie omawiają *autorzy projektu organizację i kompetencje Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby,* szczególnie jego działu leczniczego z lekarzem naczelnym na czele. Jemu podlegają w sprawach administracyjno-leczniczych wszyscy naczelni lekarze Ubezpieczalni Społecznych. Dział lecznictwa ma 2 wydziały: lecznictwa i farmaceutyczny.

W dziale lecznictwa są następujące inspektoraty lekarskie:

a) *inspektorat ogólny:* zasady sporządzania sprawozdań, prowadzenie statystyki lekarskiej, opracowywanie regulaminów, sprawy personalne,

b) *inspektorat lecznictwa:* pomoc szpitalna i w zakładach specjalistycznych (należy dążyć do rozbudowy własnych tanich szpitali; wymiana wzajemna na rok lekarzy pracujących w szpitalach i w ambulatorjach Ubezpieczalń Społecznych), lecznictwo sanatoryjno-zdrojowe, lecznictwo pomocnicze,

c) *inspektorat profilaktyki:* uświadamianie ubezpieczonych, różne działy akcji profilaktycznej, szczególnie opieka nad warsztatami pracy, przez stworzenie nawet etatów specjalnych lekarzy w dużych ośrodkach przemysłowych, — zapobieganie wypadkom przy pracy, opieka nad młodocianymi, poradnie eugeniczne, wspólne stworzenie z Zakładem Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników i Zakładem Ubezpieczenia na Wypadek Choroby baraków dla nieuleczalnie chorych, przewlekle chorych, starców, kalek.

W Izbie Ubezpieczeń Społecznych tworzy się główny dział lecznictwa, który posługuje się siłami fachowemi lekarskiemi i biurowemi działu lecznictwa Zakładu Ubezp. na Wypadek Choroby, — oraz główny inspektorat z inspektoratami jak wyżej.

6) *Projekt organizacji lecznictwa dr. Sen. E. Bobrowskiego — naczelnego lekarza Kasy Chorych w Krakowie, dr. R. Kunickiego — lustratora lecznictwa oddziału Związku Kas Chorych w Krakowie i dr. Jana Szumskiego — kierownika i lustratora lecznictwa lwowskiego oddziału Związku Kas Chorych:*

Punktem wyjścia projektu są pewne zasadnicze tezy, które muszą być przy każdym systemie organizacji uwzględniane. Do nich należą:

1. Obecne tendencje rozwojowe współczesnej medycyny idącej w kierunku coraz większej specjalizacji i uświadomienia ubezpieczonych w tym kierunku.

2. Dotychczasowe doświadczenie z terenów, gdzie istniał ambulatoryjny system lecznictwa z Kasy Chorych w Łodzi i w Warszawie, gdzie eksperyment z organizacją lekarzy domowych nie okazał się wcale wyższym, a potwierdził słuszność tezy, że podstawą lecznictwa musi być lecznictwo specjalistyczne.

3. *Zasadnicze uwzględnianie stanu faktycznego obecnie istniejącego, wychodząc z założenia, że organizacja lecznictwa musi być wypadkową rozmaitych funkcyj i stanów, tak zasadniczo różniących się na rozmaitych terenach.*

Prócz tego lecznictwo ubezpieczeniowe powinno czynić jednocześnie zadość następującym 3 warunkom:

1) powinno być możliwie najdostępniejsze,

2) powinno być możliwie najsprawniejsze i najwyżej stojące pod względem fachowo-lekarskim,

3) powinno odpowiadać potrzebom nietylko chorych, lecz i instytucyj ubezpieczeń, t. zn. *powinno być oszczędne, by zmieścić się w ramach nowych uszczuplonych budżetów.*

Dostępność pomocy leczniczej wymaga możliwej jej decentralizacji, zaś podniesienie jakości i sprawności lecznictwa oraz możliwe jego potanienie wymaga znów centralizacji. Wobec tego należy robić ustępstwa na rzecz decentralizacji z jakości i taniości lecznictwa tylko wówczas, gdy zbytnia jego centralizacja musiałaby zanadto obniżyć jego dostępność.

Przy dużej gęstości zaludnienia możemy przy scentralizowaniu lecznictwa spełnić wszelkie postulaty, jakie stawiamy lecznictwu, przy małej zaś gęstości zaludnienia, by je udostępnić, musimy zrezygnować z szeregu innych postulatów, a przedewszystkiem z wysokiego poziomu lecznictwa.

Uwzględniając wszystkie tezy powiedziane we wstępie, autorzy uważają, że powinno zasadniczo wyodrębnić się *3 typy organizacji lecznictwa.*

Typ „A" — specjalistyczno-ambulatoryjny.

Gęstość zaludnienia wynosi najmniej 1.000 ubezpieczonych na 1 km² (Warszawa 2.130, Łódź 2.712, Kraków 1.521, Lwów 1.018, dalej Sosnowiec, Częstochowa, Poznań i inne). Tworzy się ambulatorja specjalistyczne, jako podstawową komórkę organizacyjną, do których ubezpieczeni mogą się zgłaszać bezpośrednio. Wśród specjalistów, lekarze interniści mogą zarazem być lekarzami rejonowymi, opiekującymi się chorymi w ambulatorjum i w domu. Koszta administracyjne tego systemu zawsze będą najtańsze.

Następuje kalkulacja liczbowa.

Typ „B" — rejonowo-specjalistyczny.

Dla terenów, na których gęstość zaludnienia spada znacznie niżej od 1.000 na 1 km² i dochodzi do 250 na 1 km². Podstawową komórką organizacyjną będą tutaj ambulatorja rejonowe (np. na danym obszarze 4, w każdem po 8 lekarzy rejonowych), przyczem każdy lekarz rejonowy miałby pod swoją pieczą około 1.000 ubezpieczonych. Na pewną ilość rejonów tworzy się 1 ambulatorjum specjalistyczne z 8 specjalistami (wszystkie główne specjalności). Np. na 32.000 ludności 32 lekarzy rejonowych i 1 ambulatorjum specjalistyczne z 8 lekarzami.

Autorzy projektu liczą się z tem, że 25% chorych korzystać będzie z pomocy specjalistycznej.

Koszt lecznictwa tego typu wzrośnie w stosunku do Typu „A".

Następuje kalkulacja liczbowa.

Typ „C" — rozproszone ambulatorja rejonowe.

Gęstość zaludnienia poniżej 250 ubezpieczonych na 1 km². Tworzy się ambulatorja rejonowe z 4-ma, 3-ma, 2-ma, czy też jednym lekarzem. Dążeniem powinno być, by przynajmniej pomoc ogólną lekarską udostępnić i zbliżyć terenowo do chorego. Lecznictwo specjalistyczne w tych warunkach musi być zdobywane kosztem przebycia większej odległości do najbliższego ośrodka specjalistycznego typu „A" lub „B", albo wprost do szpitala.

Na 1 lekarza rejonowego tego typu przypadnie nie więcej jak 800 ubezpieczonych.

Następuje kalkulacja wydatków tego typu.

Istnieje w życiu konieczność i możliwość kojarzenia tych 3 typów na terenie jednej Ubezpieczalni.

Projekt przewiduje następnie rozbudowę własnego szpitalnictwa celem oparcia na niem w wyższym stopniu jak obecnie lecznictwa. Szpitale specjalne przeznaczone też dla ubezpieczeń długoterminowych winny podlegać Zakładowi Ubezpieczenia na Wypadek Choroby.

Organizowaniem i kierowaniem akcji profilaktycznej winien zajmować się centralny organ kierowniczy. Trzeba pamiętać, że powodzenie akcji profilaktycznej zależy nietyle od takiej, czy innej organizacji samego lecznictwa ubezpieczeniowego, lecz od odpowiedniego nastawienia całego świata lekarskiego. W organizacji działalności zapobiegawczej poszczególni lekarze ordynujący winni być wykorzystywani w zasadzie wyłącznie jako wykonawcy poszczególnych zleceń otrzymywanych z referatu profilaktycznego centrali Ubezpieczalni Społecznej.

Uzupełnienie referatu stanowią wywody Dra Jana Szumskiego przedstawione w oddzielnym elaboracie, który w streszczeniu przedstawia się następująco:

Wszelkie projekty reorganizacyjne muszą się liczyć ze stanem faktycznym obecnie istniejącym jak:

1) *Obecny stan finansów Kasy: wszelka reorganizacja* musi pociągnąć za sobą nowe wydatki i stwarzać ryzyko dalszego upadku finansów (nowe lokale dla lekarzy domowych, nowy personel, higienistki). System ambulatoryjny obecny ma duże, zasadnicze braki i jest daleki od ideału, ale Kasy Chorych pracując nim od szeregu lat nabrały już dużego doświadczenia i opanowały go wszechstronnie. Tym systemem opracowywano plany finansowe, realizowano budżet. Natomiast *system lekarzy domowych* wedle projektów przedłożonych Izbie Ubezpieczeń Społecznych *jest jedną wielką niewiadomą.* Czy nie będzie zbyt ryzykownem w momencie reorganizacji scaleniowej i przy znacznem ograniczeniu dochodów — wprowadzać go.

2) *Obecny materjał ludzki:* brak obecnie przygotowanych kandydatów na lekarzy domowych, — co prawie wszyscy autorzy projektów przyznają, *a gdzieniegdzie dożywotne stabilizacje nie dozwalają na swobodną zmianę personelu lekarskiego stosownie do nowych potrzeb.*

System lekarzy domowych dodaje nieodłącznie do boku lekarza higjenistkę, — większość Kas Chorych nie posiada ich wogóle. Czy jest do pomyślenia praca lekarzy domowych wedle wymogów i programów naszkicowanych w projektach Drów Bogusławskiego i Kłuszyńskiego bez higjenistek (kancelistek).

3) *Obecnie istniejące warunki lokalowe i stan budów kasowych:* większość Kas Chorych posiada liczne, bogato wyekwipowane ambulatorja. Czy da się je szybko zlikwidować, ewentualnie zamienić na szpitale?

4) *Warunki komunikacyjne* — od nich zależny będzie system lecznictwa.

5) *Gęstość zaludnienia* (aglomeracja ludności): Istnieją miejscowości, gdzie na 1 km² przebywa do 8.000 ludności, w tem do 2.500 ubezpieczonych z rodzinami, z drugiej zaś strony miejscowości, gdzie na 1 km² mieszka 100 osób, a wśród nich parenaście ubezpieczonych.

6) *Warunki szpitalne — bardzo różnorodne.*

Zawsze wyżej należy stawiać pracę zgranego i zharmonizowanego *zespołu lekarskiego,* niż pracę lekarza w swoim prywatnym gabinecie, w pierwszym rzędzie z następujących względów:

1) umożliwia to wzajemne zastępstwa,
2) wspólne organizowanie dyżurów,
3) istnieje możliwość praktycznego podziału pracy,
4) wzajemne dodatnie oddziaływanie,
5) możność stałego porozumiewania się i odbywania konsyljów w krótkiej drodze z dużą wygodą dla chorych.

System pracy zespołowej umożliwia pozatem dokładną i ścisłą kontrolę wydajności i sumienności pracy. Udostępnia leczenie chorym, dając im w jednym lokalu całość potrzebnej pomocy i oszczędzając wędrówek po licznych gabinetach prywatnych. Wreszcie istnieje tu możliwość dużych oszczędności lokalowych i inwentarzowych (podział godzin, wspólne aparaty lekarskie należycie wykorzystane, dla prywatnych gabinetów często niedostępne ze względu na cenę).

Za pracą lekarza specjalisty, prócz tendencyj istniejących we współczesnej medycynie i przyzwyczajenia chorych, przemawia większa jego sprawność i szybkość, jakoteż łatwość pokonywania trudności rozpoznawczych i leczniczych.

Większość ubezpieczonych w Państwie przebywa w dużych ośrodkach, w których jest łatwa dostępność lecznictwa specjalistycznego; — na małej prowincji doskonałe wyniki daje organizacja specjalistów objazdowych. System lecznictwa uwzględniający specjalistów w stopniu znacznym, w ostatecznym efekcie da potanienie kosztów świadczeń i podniesienie się zdrowotności wśród ubezpieczonych.

Autor jest całkowicie zgodny z temi projektami, które chcą oprzeć całe lecznictwo specjalistyczno-ambulatoryjne o zakłady szpitalne i tu zdaje się doktryna lekarska wśród projektodawców jest prawie zupełnie zgodna. Moment reorganizacji lecznictwa *ubezpieczeniowego powinien być punktem zwrotnym w kierunku oparcia lecznictwa o możliwie własny aparat szpitalny.*

Aparat szpitalny, szczególnie w dużych wojewódzkich ośrodkach musi być specjalnie przygotowany i nastawiony na to, by sprostać specjalnym zadaniom, jakie nań włoży długoterminowe ubezpieczenie.

7) *Projekt organizacji lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych na terenie wojew. poznańskiego i pomorskiego w ramach ust. z dnia 28. III. 1933 roku — Dra Kazimierza Garduły — naczelnego lekarza Kasy Chorych w Inowrocławiu:*

Najważniejsze zagadnienie dotyczące samego systemu lecznictwa ujmuje Dr. Garduła w ten sposób:

„Zagadnienie, czy wprowadzić system ambulatoryjny, czy system t. zw. lekarzy domowych nie jest na tutejszym terenie zagadnieniem istotnem, gdyż Kasy Chorych, z małemi tylko wyjątkami, nie są przysposobione do wprowadzenia systemu ambulatoryjnego, a sytuacja gospodarcza obecna i w najbliższej przyszłości nie zezwoli Kasom na budowanie, względnie urządzanie ambulatorjów. Dlatego podstawową komórką organizacyjną lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych na tutejszym terenie może być jedynie lekarz rejonowy, t. zw. lekarz domowy, względnie rodzinny, który przyjmuje ubezpieczonych w swoim gabinecie prywatnym jak dotąd, jednak na zupełnie odmiennych warunkach, a mianowicie:

1. Należy znieść wolny wybór lekarza i ustanowić dla każdego lekarza rejon o dokładnej liczbie ubezpieczonych, która winna wynosić od 1.000—1.200 ubezpieczonych. Rejony da się ustanowić według miejsca zamieszkania ubezpieczonych, zgodnie z art. 128. ust. III. Lekarz rejonowy winien wykonywać w swoim rejonie ogólną praktykę lekarską, oraz kierować działalnością w dziedzinie higjeny i profilaktyki.

2. Należy znieść opłatę jednostkową, a zaprowadzić wynagrodzenie ryczałtowe zależnie od wielkości rejonu i ilości ubezpieczonych. Wynagrodzenie to należy ustalić w umowach zbiorowych zawartych między Ubezpieczalniami a organizacjami zawodowemi lekarskiemi".

Specjalistami winni się posługiwać lekarze rejonowi rzadko, a to:

1) w celach diagnostycznych, przyczem chorych mogą bezpośrednio skierowywać sami. Specjalista poda rozpoznanie i wskazówki lecznicze,

2) w celach leczniczych, za uprzednią aprobatą lekarza administracyjnego.

Wynagrodzenie specjalistów winno być też ustalone w umowach.

Co do lecznictwa szpitalnego, kładzie Dr. Garduła nacisk na ścisłą współpracę K. Ch. ze szpitalami w formie prawa wglądu do kart chorób szpitalnych, a ewentualnie i wizytowania chorych przez lekarzy zaufania Ubezpieczalni.

Gospodarka lekami ulegnie zmianie po wprowadzeniu ustawowych dopłat, które winny być procentowe od ceny leku.

Ocena niezdolności do pracy winna należeć całkowicie do lekarza administracyjnego, względnie do komisji lekarskiej.

Wkońcu podaje Dr. Garduła kalkulację wydatków obecną i przyszłych Ubezpieczalni Społecznych.

* * *

W momencie tak ważnym i przełomowym dla ubezpieczeń chorobowych uważałem niejako za swój obowiązek umożliwić zapoznanie się z przedstawionemi projektami szerszemu ogółowi lekarskiemu, tem bardziej, że na innych terenach Państwa już to nastąpiło i świat lekarski ma możność brania żywego udziału w prowadzonych pracach i dyskusjach. Zasadniczo z przedstawionych projektów przebijają dwie zupełnie odmienne koncepcje, z których jedna opiera lecznictwo na systemie ambulatoryjnym, druga zaś na systemie gabinetowym. Ujmując wszechstronnie to zagadnienie z punktu widzenia korzyści tak świata lekarskiego, jak i Kas Chorych i ubezpieczonych niełatwą jest rzeczą rozstrzygnąć, który system posiada wyższość. Wszyscy projektodawcy są zgodni co do jednego, że należy lecznictwu społecznemu w stopniu wyższym jak obecnie nadać charakter zapobiegawczy i oprzeć je o aparat szpitalny, obecnie często za mało wykorzystywany.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości Lekarskie. Nr. 1. 1934. M. Osuchowski: Wyrostek robaczkowy w obrazie rentgenologicznym. — Zb. Oszast: O leczeniu falami ultrakrótkiemi. — J. Offenberg: Jeszcze słów kilka w sprawie rozpoznawania tasiemca. — J. Hozer: Wczoraj, dziś i jutro... — E. Szczeklik: Spostrzeżenia z pobytu na klinikach francuskich.

Wychowanie Fizyczne. Nr. 1—2. 1934. B. Dylewski: Wady mowy i głosu w szkołach wileńskich i walka z temi cierpieniami na terenie Wilna. — St. Windyga: Odżywianie a sport. — C. Karwowski: W sprawie szkół na otwartem powietrzu. — T. Biernakiewicz: O gimnastyce podstawowej albo prymitywnej. — J. Skład: Uwagi o nauczaniu narciarstwa. — Z. Machinko: Program ćwiczeń cielesnych i sportowych w zimie.

Medycyna. Nr. 2. 1934. J. K. Oko: Badania kliniczne nad wpływem wód mineralnych siarczanych ze źródeł Nr. 1 w Busku, „Adolfa" w Lubieniu Wielkim, „Róży" w Horyńcu oraz wody alkalicznej ze źródła „Zuber" w Krynicy na poziom cukru we krwi. — J. Orgańska: Wpływ bizmutu, rtęci i neosalwarsanu na krzepliwość krwi wśród chorych przymiotowych. — T. Wąsowski i A. Malinowski: Przyczynek do sprawy powstawania parodoksalnego oczopląsu poobrotowego. — Wł. Mikułowski: O zagadnieniu leczenia kiły wrodzonej u dzieci. — J. Frydman: Wrażenia z podróży naukowej do Paryża i Wiednia.

Nowiny Lekarskie. Nr. 3. 1934. A. Straszyński: Zjawiska alergiczne w kile wrodzonej. — P. Korszyński: Łożyska przyrośnięte. — A. Janik: Wartość lecznicza polskiego wybrzeża morskiego. — M. J. Skowroński: Przyczynek do kazuistyki t. zw. kurczu odźwiernika niemowląt.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 3. 1934. A. Fryszberg: Dr. med. Antoni Natanson. Wspomnienie pośmiertne. — J. Hurynowiczówna i E. Czarnecki: W sprawie określania przez skórę chronaksji nerwów błędnych u królika. — J. Jakóbkiewicz: Z epidemjologji dżumy.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 4. 1934. M. Płońskier: O stanach niedokrewności i o stanach białaczkowych w przebiegu nowotworów złośliwych. — J. Marzecki: Wpływ promieni pozafiołkowych na zmiany fizyczno-chemiczne w ergosterynie i powstawanie witaminy D.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 5. 1934. F. Erbrich: Objaw w zapaleniu zatoki szczękowej. — E. Lawendel: Anemje wczesnego dzieciństwa. — M. Dominikiewicz: Niestosowna propaganda.

Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr. 3—4. 1934. C. Lopes: Samobójstwa w Porto. — S. Łaguna: O identyfikacji broni. — T. Tucholski: Pobieranie i przesyłanie narządów do badań chemiczno-sądowych. — T. Tucholski: Przypadek samobójstwa gazem świetlnym i luminalem. — L. Wachholz: O przestępstwach z wzruszenia przeciwko życiu. — S. Manczarski: Sprawozdanie z sekcji sądowo-lekarskiej XIV Zjazdu Przyrodników i Lekarzy w Poznaniu.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 162. 1934. Brill J.: Porównawcza analiza receptorów szczepów bact. abortus equi.

OCENY.

Nauka o chorobach wenerycznych. FRANCISZEK WALTER, Prof. U. J. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Kraków, 1934. str. 540 i 53 rysunków w tekście.

Nowa oryginalna książka naukowa to rzecz pocieszająca w obecnych czasach. Toteż z zadowoleniem i ciekawością wziąłem do ręki nowy podręcznik chorób wenerycznych tem bardziej, że nazwisko autora upoważniało mnie do optymizmu. Rzeczywiście książka to nawskroś nowoczesna. W przedmowie wyjaśnia autor, że przeznacza ją nietylko dla studentów ale i dla lekarzy praktyków; jakoż daje im treściwie wszystko, co uczący się lub praktyk o chorobach wenerycznych wiedzieć potrzebuje.

Lwia część (393 str.) poświęcona jest kile. Patologja ogólna kiły (22—61) została starannie opracowaną. Ważny ten rozdział przygotowuje czytelnika do zrozumienia symptomatologji i przebiegu kiły i należy zapisać go na dobro autora. Omówione są zjawiska i odczyny odpornościowe, badania serologiczne i płynu mózgowo-rdzeniowego, oraz „przebieg kiły i stany konstytucjonalne". Następują rozdziały dotyczące patologji szczegółowej kiły. Autor opisuje jasno i zwięźle wedle okresów choroby zmiany występujące na skórze i błonach śluzowych (62—162). Dalej przychodzą rozdziały omawiające kiłę narządów wewnętrznych i kiłę poszczególnych układów. Na szczególne podniesienie zasługuje rozdział o kile narządów wewnętrznych, nader starannie opracowany, i w tem widzę przedewszystkiem nowoczesność podręcznika Waltera. Świadomość faktu, że kiła jest schorzeniem ustrojowem, że dotyczy narządów wewnętrznych nie rzadziej niż skóry lub układu nerwowego, przenika coraz silniej ogół lekarzy. Podobnie rozdział o *lues nervosa* jest bardzo dobry. Ustęp zatytułowany „kiłowe schorzenia gruczołów dokrewnych" przydałoby się przeczytać niejednemu specjaliście. W dalszym ciągu spotykamy rozdziały o kile zmysłów, kile złośliwej, o rozpoznawaniu i rokowaniu, o kile wrodzonej a wkońcu o leczeniu.

Całe ujęcie i podanie przedmiotu w syfilidologji Waltera jest szczęśliwe, przejrzyste (różny druk!), współczesne, a przytem płynne i łatwe, podział i dyspozycja doskonałe.

Czy mam jakieś zastrzeżenia? Trudno przypuścić, żeby poglądy na taką sprawę jak kiła u wszystkich syfilidologów były idealnie zgodne. Toteż i dla mnie niewszystkie poglądy autora są przekonywujące. Tak np. poświęca autor dość miejsca kile doświadczalnej na zwierzętach. Jest to bardzo współczesne, niemniej jednak jestem zdania, że ze spirochetozy zwierzęcej nie wolno nam wysnuwać wniosków co do kiły ludzkiej. W interesującym ustępie „przebieg kiły a stany konstytucjonalne" (str. 59) występuje autor przeciw poglądowi, że istnieje pewien antagonizm między występowaniem zmian na skórze a *lues visceralis* lub *lues nervosa*, i kończy, że „nowsze badania nie potwierdziły tych dawniejszych przypuszczeń". Wydaje mi się, że nowsze lub najnowsze badania nad czynnością obronną skóry właśnie ugruntowały i uzasadniły te spostrzeżenia.

Niezupełnie zgodziłbym się też na podział osutek kiłowych (str. 95) na wielko- i drobnoplamiste (grudkowe, krostowe). Przywykłem bowiem rozróżniać osutki wielko-, średnio i drobnoplamiste (grudkowe, krostowe); z tych średnioplamiste (i t. d.) są najpospolitsze, gdy wielko- i drobnoplamiste (guzkowe, krostowe) zaliczam do rzadkich. Być może, że jest to nieporozumienie w nazwie, nie w istocie rzeczy.

Do ustępu tak udałego o kile narządów wewnętrznych mogę zauważyć, że przychylam się do zdania tych autorów, którzy obok *aortitis* trzeciorzędnej rozróżniają *aortitis* czwartorzędną; dalej radbym był znalazł silniej podkreślony udział i znaczenie układu Browicz-Kupffera w schorzeniach wątroby, szczególniej w zatruciach poarsenobenzolowych; wkońcu brak mi było nazwiska Gluzińskiego przy opisie kiły płuc i wątroby. Chronologja i perjodyczność kiły nie uderzają widocznie autora tak silnie jak mnie i dlatego może nie są przez niego zbytnio podkreślane w patologji i programie leczenia kiły. Nie wypowiada się też dość jasno, kiedy należy uważać leczenie za ukończone. Wkońcu wydaje mi się, że autor przecenia wartość arsenobenzolów niedoceniając równocześnie bizmutu. Zaznaczam, że uwagi moje mają raczej charakter subjektywny i akademicki, i nie umniejszają w niczem wartości podręcznika.

W dalszych rozdziałach swej książki omawia Walter wrzód miękki, chorobę Nicolas-Favre'a, *granuloma venereum*, rzeżączkę mężczyzn, kobiet i dzieci, jej powikłania i leczenie. W ostatniej części znajdujemy opisy schorzeń niewenerycznych, spotykanych na narządach płciowych. Ustęp ten jest niezmiernie ważnym, ze względu na rozpoznanie różniczkowe. Na zakończenie interesujące rozważania na temat znaczenia społecznego i profilaktyki chorób wenerycznych. Receptura dopełnia bogatej treści.

Jeśli mam mówić o podręczniku Waltera jako o całości, to zdanie moje musi wypaść nader pochlebnie. Odpowiada w zupełności swemu założeniu i potrzebom czytelników, dla których jest przeznaczony. Powinien też się znaleźć nietylko w ręku studenta, ale też i w bibljotece podręcznej lekarza praktyka, szczególnie na prowincji. Zaglądnąwszy do spisu rzeczy (X, XI, XII) znajdzie on wnet ustęp potrzebny mu, znajdzie w sposób jasny i przystępny podaną odpowiedź na swe wątpliwości. Szata zewnętrzna skromna ale staranna, ryciny mogłyby być opuszczone bez szkody dla podręcznika (a obniżyłoby to niewątpliwie jego cenę). Cieszę się prawdziwie, że polska literatura lekarska wzbogaciła się o tak wzorowy podręcznik. *Leszczyński* (Lwów).

Précis de microscopie. (Podręcznik mikroskopji). M. LANGERON. V. wydanie zupełnie przerobione. Paryż 1934. Nakł. Masson et Cie. Stron 1205 z 355 rycinami w tekście. Cena w oprawie 100 franków franc.

Osobnych polskich podręczników mikroskopji, czyto w całym jej zakresie, czy w poszczególnych działach, niema i nieprędko będą. Aby nadążyć za postępem, musiałyby co kilka lat wychodzić w nowych wydaniach. To jest niepodobieństwem, dopóki

w Polsce oprócz pracowni uniwersyteckich są tylko nieliczne pracownie szpitalne, a prywatnych prawie niema; pracownie byłyby dzisiaj w Polsce jedynymi prawie odbiorcami podręcznika mikroskopji, rozszedłby się on więc w kilkudziesięciu ledwie egzemplarzach i nie opłaciłby nawet pierwszego wydania. Przed laty kilkunastu opracowałem taki podręcznik z zakresu histopatologji, który oczywiście spoczywa do dziś w rękopisie, nie znalazłszy nakładcy. Nie mając i nie mogąc mieć podręczników własnych, posługiwano się u nas prawie wyłącznie podręcznikami niemieckiemi, istniejącemi w dużym wyborze i odnawianemi w częstych uzupełnianych wydaniach, więc też zajmującemi miejsce tak naczelne, że nawet we Francji wielkie powodzenie miały ich tłómaczenia (np. podręcznika Böhm-Oppela).

Pobił je we Francji naprawdę dopiero podrecznik Langerona, (szefa pracowni na Wydziale lekarskim paryskim, redaktora *„Annales de parasitologie humaine et comparée“)*, wydany po raz pierwszy tuż przed wojną, w r. 1913, obecnie wychodzący w wydaniu piątem. Ma on tę wyższość nad podręcznikami niemieckiemi, że ma rozmiary, przy znacznie obszerniejszym od nich zakresie, stosunkowo niewielkie. Oprócz bowiem właściwej techniki histologicznej uwzględnia Langeron daleko więcej od autorów niemieckich stronę teoretyczną, zarówno dotyczącą mikroskopu, jak i ustalania tkanki, barwienia i t. d., a nadto podaje metody postępowania z materjałem zoologicznym (pasorzytami), mykologicznym, botanicznym i bakterjologicznym, łącznie nawet ze sposobami hodowli i oznaczania (kolorymetrycznego) stężenia jonów wodorowych w pożywkach. Niebrak też oczywiście rozdziału o mikrofotografji. W osobnym rozdziale opisane są sposoby konserwacji okazów makroskopowych w barwach naturalnych. Wreszcie praktyczność podręcznika Langerona zwiększa włączenie do niego sporego rozdziału o mikroskopji klinicznej i drugiego krótszego rozdziału o mikroskopji sądowo-lekarskiej, a bardzo pożyteczne jest przytoczenie w każdym rozdziale odpowiedniego piśmiennictwa. Mimo takiego bogactwa treści nie pomija podręcznik drobnych szczegółowych wskazówek, koniecznych zwłaszcza dla początkujących. Wszystko to razem sprawia, że książkę Langerona zaliczyć należy do najlepszych w tym rodzaju, i że jest ona przydatna wszędzie, gdzie tylko posługuje się mikroskopem, a oddać może doskonałe usługi każdemu pracownikowi, począwszy od tych, którzy stawiają w mikroskopji pierwsze kroki aż do bardzo nawet doświadczonych. Zresztą liczne wydania same już świadczą o zaletach podręcznika Langerona.

Zajmujące jest zestawienie postępów mikroskopji w ostatnich 20 latach, które autor podaje we wstępie swej książki, wymieniając jako główne zdobycze: znakomite udoskonalenie stojaków i soczewek mikroskopowych, zwłaszcza mikroskopów obuocznych (stwierdzając, że francuskie mikroskopy nie ustępują teraz zagranicznym mikroskopom achromatycznym[1]), ale że niema francuskich apochromatów), wielki postęp w sztucznem oświetleniu dla mikroskopu, w urządzeniach do badania w świetle odbitem (niesłusznie przez szereg lat zaniedbywanego), w mikrofotografji (promienie pozaczerwone), fluoroskopji, w metodach srebrzenia tkanek, w barwieniu zażyciowem, w mikroincyneracji, wreszcie w mikromanipulacji. Małe były postępy w metodach barwienia tkanek ustalonych, zwłaszcza barwiki anilinowe zawiodły wiązane z niemi zbyt wielkie nadzieje; to samo sądzi Langeron o badaniu w polu ciemnem. Drobnem, ale ważnem, bo znacznie zmniejszającem koszta ulepszeniem, jest zastosowanie brzytewek *(gilette)* do użytku zamiast noży mikrotomowych. (Niestety nie dają się one użyć do skrawków celoidynowych na mikrotomach saneczkowych, które zresztą Langeron w rozdziale o mikrotomach — nie wiem dlaczego — pominął).

Papier, druk i ryciny są bardzo dobre.

Ciechanowski (Kraków).

Traité de médecine des enfants. (Podręcznik medycyny dziecięcej). P. NOBÉCOURT et L. BABOUNEIX. Masson. Paris. 1933. T. II. str. 960. Cena 170 fr.

Zgodnie z zapowiedzią wydawnictwa tom II ukazał się w miesiąc po pierwszym. Poświęcony jest chorobom zakaźnym wieku dziecięcego. Poza kliniką łącznie z nowoczesną seroterapją zostały tu uwzględnione o pierwszorzędnem znaczeniu zagadnienia społeczne i zasady zapobiegania. Charakter wyczerpujących monografij mają zwłaszcza rozdziały o błonicy, kile wrodzonej, gruźlicy. Czytelnik znajdzie tu przegląd wszystkich zagadnień poruszanych w piśmiennictwie lat ostatnich, odzywających się nieraz szerokiem echem w prasie i dyskusjach codziennych, haseł rzucanych w społeczeństwo i propagowanych na ekranie i przez głośnik radjowy. Osobno zebrano choroby zakaźne egzotyczne, do których redakcja zalicza także dur osutkowy, powrotny i czerwonkę.

Druga część tego tomu omawia choroby krwi i narządów krwiotwórczych. W zakresie leczenia uwzględniono najnowsze metody łącznie z przelewaniem krwi i radjoterapją.

J. Czyżewska (Lwów).

„Elektrokardjografja kliniczna“ z przedmową Prof. A. Clerc'a. Przełożył Dr. H. Rasolt. Słowem wstępnem do wydania polskiego opatrzył Prof. Dr. Mściwój Semerau-Siemianowski. P. N. DESCHAMPS. Polskie Wydawnictwo Lekarskie „Ars Medici“, Warszawa, 1933, str. 219.

Podczas gdy zagranicą pojawiają się liczne podręczniki i monografje o elektrokardjografji, tak ważnej dla diagnostyki chorób serca metody — to u nas dotychczas na tem polu panuje cisza. Lekarz nasz chcąc się zapoznać z tą metodą, sięgać musi po podręczniki zagraniczne, a jeżeli nie opanowuje należycie języków obcych, wówczas wprost niemożliwe jest dla niego zapoznanie się z elektrokardjografją. Luka ta daje się dotkliwie odczuć. Przeto szczerze powitać należy wysiłek wydawnictwa „Ars Medici“ w Warszawie, które wydało „Elektrokardjografję kliniczną“ radjologa francuskiego Deschampsa w tłumaczeniu polskiem Asyst. Dr. H. Rasolta. Szkoda, że podręcznik o elektrokardjografji nie jest oryginalnym podręcznikiem polskim. Przecież tylu mamy wykształconych, zdolnych lekarzy. Powinnaby ustać ta dążność do tłumaczenia prac autorów o sławnych nazwiskach; wysiłki powinny raczej pójść w kierunku stwarzania i powiększania rodzimej, oryginalnej literatury lekarskiej. Główną winę ponoszą tu niestety sami lekarze, którzy chętniej kupują podręcznik obcy, aniżeli autora polskiego, budząc u wydawców, narażających się na straty, niechęć do wydawania podręczników polskich. Życzyćby należało sobie jednak, by wydawnictwa więcej starały się o wydawanie polskich podręczników przy odpowiedniem, należytem poparciu lekarzy.

Powracając do oceny „Elektrokardjografji klinicznej“ Deschampsa, której oryginał francuski już omówiłem w P. G. L. (z. 8, str. 158, 1933), chciałbym zwrócić uwagę na rozbieżność poglądów, mylnie tłumaczących wartość praktyczną elektrokardjografji. Jedni widzą w tej metodzie jakiś cudowny środek, który pewnie wyjawia nam wszelkie zmiany w sercu; sądzą, że prawidłowy elektrokardjogram oznacza zupełnie zdrowe serce. Natomiast drudzy nie wierzą wogóle w wartość praktyczną tej metody, nie uświadamiają sobie zupełnie znaczenia elektrokardjografji i w nieświadomości swej nie doceniają jej. Mylą się jedni i drudzy. Elektrokardjografja jest metodą kliniczną, służącą do badania stanu mięśnia sercowego. Wszelkie zmiany w mięśniu sercowym, wywołane działaniem jadów, zapaleniem, uszkodzeniem krążenia w naczyniach wieńcowych, wywołujące przejściowe niedokrwienie lub martwicę — odbijają się w pewien sposób na krzywej elektrokardjogramu. Elektrokardjografja jest dalej metodą badania rytmu serca. Niemiarowość jest jednak właściwie niczem innem, jak tylko objawem zmienionych stosunków w pewnej części mięśnia sercowego; rozpoznając niemiarowość, stwierdzamy przez to właśnie znowu tylko stan mięśnia sercowego. Elektrokardjogram jest zatem wskaźnikiem stanu mięśnia sercowego i to jest główna wartość praktyczna tej metody. Elektrokardjografja nie może nam zastąpić innych metod rozpoznawczych kardjologicznych, poucza nas ona o zupełnie czemś innem, aniżeli wszystkie inne metody razem. O rozmiarach serca i jego części poucza nas — Roentgen i wypuk, o stanie zastawek — przysłuch, o pracy, którą serce musi wykonywać — tonometrja, stwierdzenie objętości minutowej, o stanie kompensacji — szczegółowe badanie somatyczne i t. p. Elektrokardjografja nie zwalnia nas od obowiązku badania serca innemi metodami, jeżeli chcemy poznać szczegółowo jego stan. Prawidłowy elektrokardjogram nie wyklucza schorzenia serca. Z drugiej strony nieprawidłowy ekg. może być jedynym patologicznym objawem u człowieka, którego na podstawie ujemnego wyniku badania metodami innemi uznalibyśmy za zupełnie zdrowego. Nie należy zatem przeceniać wartości tej metody, lecz z drugiej strony nie lekceważyć jej. Każdy lekarz zajmujący się chorobami serca powinien zapoznać się z tą metodą. Podręcznik Deschampsa jest dobrym wprowadzeniem do tych zagadnień. Obejmuje on 6 rozdziałów. Pierwszy poświęcony jest wiadomościom wstępnym (zasada elektrokardjografji, aparatura, technika). W drugim rozdziale omawia autor elektrokardjogramy prawidłowe, w trzecim fizjologję elektrokardjogramu, w czwartym elektrokardjogramy patologiczne (niemiarowości zatokowe, skurcze dodatkowe, częstoskurcze, bradykardje, niemiarowości zupełne, tętno naprzemienne, niemiarowości powikłane), w piątym

---

[1]) I w Polsce mamy już zupełnie dobre mikroskopy krajowego wyrobu („Polskich Zakładów Optycznych“ w Warszawie), nadające się do podręcznego użytku w mniejszych pracowniach, szpitalach i t. d., nie droższe od zagranicznych. (Przyp. spr.).

nieprawidłowości zespołów komorowych, w szóstym elektrokardjografję: w schorzeniach wsierdzia i osierdzia, w chorobach zakaźnych, w stanach niedomogi tarczycy.

Dr. Rasolt przetłumaczył świetnie ten praktyczny podręcznik francuski. Porównując tłumaczenie z oryginałem jest się w stanie należycie ocenić, jak doskonale tłumacz wywiązał się ze swego zadania.

Wydawnictwu „Ars Medici" należy się szczere podziękowanie za piękne i estetyczne wydanie tej książki. Dobry papier, jasny druk, wyraźne krzywe oraz estetyczna oprawa powiększają walory wydania polskiego.

„Elektrokardjografja kliniczna" spełni z pewnością swe zadanie. *Ungar* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Patologja otyłości. J. BAUER. Med. Klin. Nr. 39. 1933.

Większość przypadków otyłości patologicznej jest spowodowana nadmierną ilością przyjmowanych pokarmów. Wówczas istnieje niestosunek w bilansie kalorycznym w tem znaczeniu, że istnieje pewien nadmiar kaloryj pozostałych z pokarmów wprowadzonych a niewyzyskanych na wydatki energetyczne. Niewyzyskane materjały odżywcze zostają odłożone w postaci tłuszczu. To jest mechanizm powstawania otyłości zewnątrzpochodnej. Bardzo często łączy się ten rodzaj otyłości z podłożem konstytucjonalnem. Jako tło konstytucjonalne przyjmuje się zmniejszoną zdolność spalania, którą to czynnością zawiadują hormony (tarczyca, przysadka, gruczoły płciowe) oraz bodźce odpowiednich ośrodków układu nerwowego. Mechanizm regulujący może być zaburzony albo w ten sposób, że wystąpi ogólna otyłość, albo miejscowe odłożenie się tłuszczu czyli t. zw. lipofilja. Mechanizm regulujący przemianę materji może działać wprost na przemianę tłuszczową, powodując zwolnienie jej przemiany pośredniej (lipofilja) lub na gospodarkę wodno-solną, powodując zatrzymanie w tkankach tych składników (hydrofilja). Stany te mogą niekiedy się łączyć, tworząc t. zw. hydrolipofilię (wodno-solno-tłuszczową otyłość).

Z. Godlowski (Kraków).

Czynność przedniego płatu przysadki mózgowej, czynność gruczołów płciowych a nadciśnienie istotne. E. KYLIN. Med. Klin. Nr. 30, 1933.

Istnieje łączność przyczynowa między nadciśnieniem istotnem, a czynnością dokrewną, przedewszystkiem gruczołów płciowych i przednią częścią przysadki mózgowej. Autor opiera się na badaniach, które wykazały w 60% przypadków akromegalji i przekwitania współistnienie nadciśnienia. Natomiast w chorobie Simonda (niedomoga przedniego płatu przysadki) prawie nigdy nie spotyka się podniesionego ciśnienia. Również często stwierdza w akromegalji i nadciśnieniu istotnem wielką skłonność do przecukrzenia krwi i do cukromoczu. Ponieważ w okresie przekwitania istnieje obniżona czynność gruczołów płciowych, nadczynność przedniej części przysadki mózgowej, oraz bardzo często występuje nadciśnienie, przeto autor skłania się do łączenia tych objawów w jeden związek przyczynowy, na tle którego występuje nadciśnienie w przekwitaniu. Lucke wyosobnił z przedniego płatu przysadki mózgowej hormon, który działa obniżająco na czynność wydzielniczą narządu wysepkowego trzustki czyli działa zwalniająco na przemianę węglowodanową. W przypadkach nadciśnienia w przekwitaniu powikłanego cukrzycą uważa autor, że istnieje obniżenie czynności gruczołów płciowych, a wzmożenie przedniego płatu przysadki w znaczeniu wytwarzania owego hormonu zwalniającego czynność wewnątrzwydzielniczą trzustki. *Z. Godlowski* (Kraków).

Wpływ usunięcia górnego zwoju szyjnego na gruczoły przytarczowe u psa. R. LERICHE, A. JUNG i E. WORINGER. Pres. Méd. Nr. 57. 1933.

Autorowie przeprowadzili doświadczenia u 8 psów wycinając zwoje sympatyczne po jednej lub po obu stronach, ponadto w 4 przypadkach wykonali jeszcze sympatektomję tętnicy dogłowowej lub tarczycowej. Stwierdzili, że poziom wapnia we krwi regularnie spadał po sympatektomji i po kilku tygodniach podnosił się do normy. Wycięcie u takich zwierząt tarczycy i gruczołów przytarczowych prowadziło do śmierci spowodu tężyczki w ciągu 1—16 dni. Gruczoły przytarczowe przedstawiały się makroskopowo jako obrzękłe i przekrwione, a mikroskopowo można było stwierdzić przekrwienie naczyń włosowatych nawet w kilka miesięcy po sympatektomji. Zmiany te były zwykle wyraźniejsze w przytarczycach zewnętrznych. Prócz powiększenia komórek innych zmian drobnowidowych nie stwierdzano. Na podstawie tych wyników doświadczeń na zwierzętach autorowie sądzą, że w przypadkach klinicznej niedomogi przytarczyc możnaby spróbować sympatektomji naczyń odżywiających te gruczoły.

Skowroński (Lwów).

Czy specyficzny hormon ciałka żółtego wpływa na zawartość cholesteryny we krwi. M. KNELL. Arch. f. Gyn. T. 150. z. 1.

Z przeprowadzonych doświadczeń wynika, że po podaniu hormonu ciałka żółtego można stwierdzić u królic charakterystyczne działanie na macicę, atoli zawartość cholesteryny we krwi nie ulega zmianie.

Normalna ilość cholesteryny w surowicy królic wynosi przeciętnie 50 mg %. Atoli zawartość cholesteryny we krwi królic zdrowych w szeregu kolejnych obliczeń wykazuje wielkie wahania.

K. B. (Lwów).

Zachowanie się przemiany materji po doustnem podawaniu cukru gronowego u kobiet nieciężarnych, ciężarnych i chorych na raka. GUTHMANN, GENTZSCH, GOEBEL i GRÜTZMACHER. Arch. f. Gyn. T. 150, z. 1.

Wyniki dotychczasowych badań co do nasilenia przemiany materji u kobiet nieciężarnych, ciężarnych i chorych na raka podają tak rozbieżne wartości, że autorowie postanowili najpierw oznaczyć te wartości. Z badań ich wynika, że u kobiet nieciężarnych wartości te przeciętnie wynoszą 99%. Słabe naświetlania rentgenowskie nie mają żadnego wpływu na przemianę materji. Istniejąca równocześnie sprawa zapalna wpływa na przemianę materji w tym kierunku, że przy procesach przewlekłych w miarę rozszerzania się sprawy zapalnej (stwierdzanej na podstawie leukocytozy i szybkości opadania krwinek) przemiana materji nieznacznie się zmniejsza. U kobiet chorych na raka stwierdzić można wzmożenie przemiany materji 10%-owe w przypadkach nadających się jeszcze do operacji i 43%-owe w przypadkach nienadających się do operacji. Przypadki naświetlane wykazują przy tym samym stanie miejscowym względne obniżenie przemiany materji. W czasie ciąży zwiększa się przemiana materji o 14%, atoli niema wcale bezpośredniej proporcji pomiędzy nasileniem przemiany materji a czasem trwania ciąży.

Po doustnem podaniu cukru gronowego (20 g w 100 cm³ wody) występuje u kobiet nieciężarnych zwiększenie przemiany materji przeciętnie o 13%, które po 30—35 minutach dochodzi do maksymum, a po 62 minutach opada do nasilenia pierwotnego.

Odnośnie do zużytkowania węglowodanów komórki rakowe zachowują się inaczej aniżeli komórki normalne. Autorowie badali, o ile ta różnica w przemianie materji występuje u chorych cierpiących na raka. Odnośne spostrzeżenia wykazały, że przemiana materji u tych chorych zwiększa się po cukrze gronowym o 12%. W przypadkach nowotworu początkowego i w przypadkach nawrotu nasilenie przemiany materji powraca do stanu pierwotnego po 60 minutach. Przy nowotworach rozległych jeszcze w godzinę po podaniu cukru gronowego istnieje niewątpliwe wzmożenie przemiany materji. Poprzednie naświetlania wpływają korzystnie na wzmożenie przemiany materji po podaniu cukru gronowego u kobiet z niezbyt rozległemi nowotworami. Przypadki nienadające się do operacji nie wykazują żadnego wyraźnego wpływu.

Ciąża wywiera znacznie większy wpływ na przemianę materji aniżeli nowotwory. Uwidacznia się to już tem, że po podaniu cukru gronowego występuje stosunkowo nieznaczne wzmożenie przemiany materji. Wzmożenie to atoli utrzymuje się u ciężarnych dłużej i to tem dłużej, im późniejsza jest ciąża (15 tygodni przed porodem — 65 minut, 6.9 tyg. p. p. — 70 minut, 2.7 tyg. p. p. — 75 minut).

Ponieważ samo badanie wpływu ciąży na przemianę węglowodanów nie tłumaczy jeszcze i nie wyjaśnia wszystkich stosunków przemiany materji, przeprowadzili autorowie równocześnie badania w celu obliczenia ilości cukru we krwi. Przekonali się, że zawartość cukru we krwi u ciężarnych naczczo waha się w dolnej granicy stanu prawidłowego (78 mg %). Czas ciąży nie gra przytem większej roli. Po podaniu węglowodanów zwiększa się zawartość cukru we krwi ciężarnych bardziej aniżeli u kobiet nieciężarnych i utrzymuje się dłużej, gdyż dopiero po 85 minutach spada do wartości prawidłowej. Na podstawie powyższych spostrzeżeń należy wnosić, że tylko 50% podanego cukru gronowego ulega spaleniu, druga połowa zaś zostaje zużytkowana w inny sposób, prawdopodobnie jako nagromadzenie zapasów. Przyczyna gorszego zużytkowania cukru w organiźmie

ciężarnej polega oprócz nagromadzenia zapasów prawdopodobnie na redukcyjnem działaniu wątroby.

Z powyższych spostrzeżeń u ciężarnych wysnuć należy praktyczny wniosek a mianowicie, że nic nie przemawia przeciwko podawaniu ciężarnym węglowodanów, lecz lepiej jest stosować u nich odżywianie częstsze atoli w mniejszych dawkach.

K. B. (Lwów).

Hormonalne rozpulchnienie i rozszerzenie spojenia łonowego u nieciężarnej świnki morskiej. MÖHLE. Zbl. f. Gyn. Nr. 7. 1933.

Przy pomocy badań fizykalnych, rentgenologicznych i wyników sekcji stwierdził autor, że można osiągnąć rozszerzenie spojenia łonowego przez stosowanie większych ilości folikuliny i hormonu ciałka żółtego. *T. Gizowski* (Lwów).

Przemiana kwasu moczowego w ustroju ludzkim pod wpływem sztucznej alkalozy krwi. ŠULA i PAROULEK. Čas. Lekařů Česk. Z. 16. 1933.

Z doświadczeń autorów wynika, że dożylne zastrzyki koloidowej emulsji $Mg(OH)_2$ (= polysanowi) mogą wywołać w szeregu przypadków zwiększone stężenie jonów wodorowych we krwi. W tej alkalozie krwi, sztucznie wywołanej, nie wystąpiło oczekiwane zwiększenie ilości kwasu moczowego we krwi, ani też znaczniejsze wydzielenie kwasu moczowego do moczu.

W niektórych chorobach np. ziarniniaku złośliwym, rzeżączkowem zapaleniu stawów, nie udało się autorom ani dożylnemi zastrzykami polysanu, ani doustnie podanym ligacidem osiągnąć większej alkalozy krwi. W tych doświadczeniach nie spostrzegli autorzy zwiększonej ilości kwasu moczowego we krwi ani też wzmożonego wydzielania kwasu moczowego do moczu.

W większości przypadków chorób alergicznych towarzyszy zastrzykowi dożylnemu polysanu zwiększona ilość kwasu moczowego we krwi oraz wzmożone wydzielanie kwasu moczowego w moczu. Ta zwiększona ilość kwasu moczowego we krwi oraz w moczu, jakkolwiek godne są uwagi, to jednak nie są takiego stopnia, aby mogły posiadać praktyczne znaczenie dla przemiany purynowej. Autorzy wspominają, że w niektórych przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy ustąpiło uczucie palenia oraz wzdęcia żołądka.

W przypadkach dny pozostają zastrzyki dożylne polysanu oraz doustnie podany ligacid bez wyraźnego wpływu na poziom kwasu moczowego we krwi oraz na wydzielenie kwasu moczowego do moczu. Nie jest wykluczonem, że przez dalsze podawanie polysanu możnaby przy dnie osiągnąć wyniki dodatnie, lecz autorzy nie mieli korzystnych warunków dla dalszego podawania polysanu. *Ungar* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Rozpoznanie różniczkowe i leczenie dusznicy bolesnej. A. LEHNDORF. Med. Klin. Nr. 40. 1933.

Odróżnienie aortalgii od dusznicy bolesnej często jest niemożliwe, zwłaszcza że ta sama przyczyna może te dolegliwości wywołać. Brak zmian przedmiotowych w sercu przy wysokiem parciu krwi przemawia za dusznicą bolesną. Czynnościowa dusznica bolesna nie jest zwykle tak nasilona, a czynnik wzruszeniowy odgrywa w tych razach zasadniczą rolę. Używanie nikotyny przy zupełnie prawidłowem sercu i naczyniach wydaje się autorowi mało prawdopodobne, by mogło wywołać dusznicę bolesną. Ostry zator tętnicy wieńcowej serca także czasami nie daje się odróżnić od dusznicy bolesnej. Dłużej utrzymujący się *status anginosus* z gorączką może nasuwać podejrzenia zawału mięśnia sercowego. Zator tętnicy płucnej różni się od dusznicy bolesnej silną, nagle występującą dusznością. Dychawica sercowa jest spowodowana zmianami w sercu, które udaje się przedmiotowo stwierdzić. Bóle spowodowane skurczami naczyń obwodowych, promieniujące w okolicy serca, mogą dać obraz podobny. Również wzdęcie żołądka może stworzyć obraz zespołu żołądkowo-sercowego. *Z. Godlowski* (Kraków).

Wyniki lecznicze w myelosis funicularis w przebiegu niedokrwistości złośliwej. H. SCHLICHTING. Med. Klin. Nr. 42. 1933.

Na 23 przypadkach stwierdził autor, że po podawaniu dużych dawek bądźto samej wątroby przez usta lub dużych dawek przetworów wątrobowych, początkowe objawy *myelosis funicularis* jużto ustępowały już też znacznie się zmniejszały. Objawy *myel. fun.* przejawiały się jako zaburzenia czucia i odruchów, jednak nasilenia tych objawów były bardzo lekkie i cofały się tylko przy długotrwałem stosowaniu dużych dawek wątroby, poza stosowaniem środków ogólnie wzmacniających. Leczeniem ambulatoryjnem nie uzyskiwał takich wyników.

Z. Godłowski (Kraków).

Leczenie tuberkuliną przez błonę śluzową nosa. N. G. IWANOWA. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 20. 1933.

Bodźcem do zastosowania powyższej metody była metoda Ramona immunizacji przez błonę śluzową nosa toksynami płonicy, błonicy, tężca i t. d., które to toksyny mają ulec zobojętnieniu przy zetknięciu z błoną śluzową nosa. Technika polega na wkraplaniu tuberkuliny pipetą do nosa, przyczem dziecko siedzi z głową przechyloną ku tyłowi w ciągu 5 minut. Pipety nie wprowadza się zbyt głęboko do nosa, ażeby tuberkulina rozlewając się po błonie śluzowej nosa ulegała wessaniu z możliwie największej powierzchni. Wkraplano *Alt-Tuberkulinę* Kocha co 2—3 dni naprzemian do każdego otworu; u dzieci młodszych rozpoczynając od rozczynu 1/1000, a u starszych dzieci odrazu wprowadzano czystą tuberkulinę w dawce 0.05, później 0.1, 0.2 i t. d. Maksymalna ilość tuberkuliny wprowadzonej jednorazowo wynosiła 0.8 cm^3. Pomimo wprowadzenia tak dużych dawek tuberkuliny nie zaobserwowano w żadnym przypadku (stosowano tę metodę w 29 przypadkach) odczynów ogólnych ani ogniskowych, w przeciwstawieniu do metody injekcyjnej, dającej często objawy burzliwe przy małych dawkach tuberkuliny i w znacznem rozcieńczeniu. Dobre wyniki lecznicze osiągnięto w przypadkach gruźliczego zapalenia gruczołów limfatycznych, rozdęcia kości, schorzeń ocznych, zołzów i t. d. W obrazie krwi występowała zwiększona eozynofilja (do 15%), częściowo limfocytoza, a także narastanie fermentu lipazy.

Mechanizm działania tuberkuliny autor tłumaczy następująco: błona śluzowa nosa tworzy jakby biologiczny filtr dla organizmu i przy zetknięciu z tuberkuliną zobojętnia jej własności toksyczne, a przepuszcza tylko substancje uodparniające; pozatem, przypuszczalnie wytwarzają się swoiste przeciwciała w głębszych warstwach śródbłonka, czyli błona śluzowa nosa wytwarza odporność miejscową, mającą znaczenie uodparniające dla całego organizmu, podobnie jak to ma miejsce przy szczepieniu przeciw ospie. *M. Segal* (Lwów).

Leczenie żółtaczki nieżytowej wlewaniami dożylnemi cylotropiny. T. S. MNAZAKANOW (Samarkand). Sow. Wracz. Gaz. Nr. 17—18. 1933.

Dodatnie wyniki stosowania dożylnych wlewań cylotropiny w przypadkach żółtaczki nieżytowej zachęcają do dalszego stosowania. Nie zaobserwowano przytem żadnych objawów ubocznych i podmiotowych. Cylotropina może być przygotowana w warunkach ambulatoryjnych. *M. Segal* (Lwów).

Leczenie ostrych doświadczalnych zapaleń nerek. L. BINET i J. MAREK. Pres. Méd. Nr. 61. 1933.

Autorowie wywoływali u królików zapalenia nerek przez podanie azotanu uranu i starali się leczyć te zatrucia przez codzienne wstrzykiwania podskórne płynu fizjologicznego zwykłego i płynu zawierającego 1% dwuwęglan sodu. Stwierdzili, że z 12 królików leczonych płynem alkalicznym, zawierającym dwuwęglan, zginęło tylko 3, podczas gdy przy stosowaniu zwykłego płynu fizjologicznego zginęło 11, a króliki kontrolne ginęły wszystkie. Zastanawiając się nad korzystnym wpływem takiego postępowania, przyjmują, że działa tu płyn zasadowy i przypominają liczne obserwacje u ludzi, potwierdzające wartość leczniczą alkalizacji w schorzeniach nerek. *Skowroński* (Lwów).

Leczenie obrzęków w cukrzycy. K. STOLTE. Med. Klin. Nr. 30. 1933.

Zjawianie się od czasu do czasu obrzęków w cukrzycy, zdaniem autora, jest spowodowane nieodpowiedniem odżywieniem nie ilościowo, lecz jakościowo. Komórka źle odżywianego ustroju nie jest w stanie zatrzymać odpowiedniej ilości wody i soli tak, że podniesienie jej sił przez doprowadzenie dostatecznej ilości białka i tłuszczów jest w stanie przywrócić jej zdolność zatrzymywania wody i soli. W śpiączce cukrzycowej sól kuchenna podana w ilościach 5 do 10 g obok cukru, wody i insuliny doprowadza znacznie szybciej do ustąpienia objawów śpiączkowych. Ograniczanie więc soli kuchennej w przypadkach obrzęków w cukrzycy uważa autor za nieuzasadnione.

Z. Godlowski (Kraków).

O prowokacyjnem działaniu talu na utajoną postać skazy wysiękowej. I. J. GAMARNIK (Baku). Sow. Wracz. Gaz. Nr. 17—18. 1933.

Znaczna toksyczność talu, stosowanego dla celów epilacji, nie pozwala na szersze jego zastosowanie. Zdanie, że tal nie jest szkodliwy dla dzieci do okresu pokwitania, nie odpowiada rzeczywistości, gdyż tal może być przyczyną zatrucia we wszystkich okresach dzieciństwa. Opis 2 przypadków, leczonych zapomocą talu spowodu grzybicy pasorzytniczej uwłosionej części

głowy. Dzieci, jedno 4-letnie, drugie 1½ lat, nie wykazywały żadnych objawów skazy wysiękowej do czasu rozpoczęcia leczenia zapomocą talu. Inni autorzy obserwowali komplikacje pod postacią nerwobólu n. trójdzielnego, zapalenie wielu nerwów, bólów w stawach, *enterocolitis*. Autor przypuszcza, że dzieci z utajoną skazą wysiękową są szczególnie wrażliwe na działanie talu.

M. Segal (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie XXVII posiedzenia naukowego z dnia 3 listopada 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Węgrzynowski, czł. T-wa, przedstawił *przypadek przerzutów nowotworowych w płucach.*

W dyskusji: Kol. Nowicki, czł. T-wa podkreśla, że ciekawem jest, że Roentgenem udało się wykazać obraz guzów, co nie jest rzeczą łatwą. Z rozpoznania różniczkowego mogłoby jeszcze wchodzić w rachubę zakażenie bąblowcem *(echinococcus)* — rozpoznanie proste, jeżeli sprawa przebije do oskrzela; jednak jest rzeczą rzadką, aby ognisko znajdowało się pierwotnie w płucach. Następnie możnaby myśleć jeszcze o chrzęstniaku, *chorion epithelioma* i o *lymphogranuloma*, jednak przebieg kliniczny na tę ostatnią sprawę nie wygląda. Wiadomem jest, że z narządów rozrodczych szczególnie chętnie wychodzą mieszańce, które lubią dawać przerzuty w płucach.

Kol. Tomanek, czł. T-wa wspomina o podobnym przypadku przerzutów w płucach przy *struma maligna.*

Kol. Grabowski, czł. T-wa podnosi, że chrzęstniaki są przepuszczalne dla promieni Roentgena. W powyższym przypadku proponuje próbne naświetlania promieniami Roentgena; jeżeli w tym przypadku chodzi o Sa — to wiemy, że guzy te pod wpływem naświetlań poprostu się topią.

2. Kol. Bocheński, czł. T-wa, wygłosił: *Granice porodu siłami natury.* (Praktyka Lekarska, ark. 1. 1934).

Dyskusję ze względu na łączność z najbliższym wykładem Kol. Wiczyńskiego odłożono do następnego posiedzenia.

3. Kol. Mierzecki, czł. T-wa wygłosił: *Zastosowanie przetworów krajowej ropy naftowej i ich połączeń w lecznictwie.* (Praktyka Lekarska, ark. 11. 1933).

W dyskusji: Kol. Fels, czł. T-wa, wspomina o przypadku zapalenia nerek po wewnętrznem zażyciu nafty. Wiadomem jest, że pędzlowanie odmrożeń naftą dobrze działa. Ostatnio polecono w błonicy gardła pędzlowanie nalotów naftą i równoczesne zażywanie 1—2 łyżek czystej nafty lub zmieszanej z mlekiem. Mówca próbował tego sposobu w jednym przypadku — polepszenia jednak nie zauważył — a musiał zaniechać tego sposobu leczenia spowodu silnych wymiotów u chorego, występujących po każdem zapędzlowaniu. Zdaniem mówcy możnaby w różnych formach zapaleń gardła zamiast pędzlowania kolargolem, czy nalewką jodową, czy sześciochlorkiem żelaza pędzlować preparatem ropy naftowej *„Naphtargol'em"* omówionym przez prelegenta.

Kol. Gąsiorowski, czł. T-wa nadmienia, że ostatnio zgłosił się lekarz z Podkarpacia w P. Z. H. z prośbą o wykonanie badania na bakterjobójczość preparatu, o którym twierdził, że wystarcza owinąć narzędzie lekarskie w szmatę przepojoną tym płynem, aby móc wykonać laparatomję. Otóż okazało się, że płyn ten, który jest przetworem ropy naftowej, najmniejszych cech bakterjobójczych nie wykazywał, a mimo to, podobno ostatnio został w Warszawie ten preparat zatwierdzony.

Niewiadomo, czy w połączeniu *„Naphtargolu"* samo srebro ma działanie bakterjobójcze, czy liczyć się należy z tem, że srebro w środowisku naftowem zyskuje na sile.

Kol. Mierzecki, czł. T-wa w odpowiedzi Prof. Gąsiorowskiemu zaznacza, że jon organiczny *„naphtargol'u"* uważa niejako za konia pociągowego pocisku przeciwrzeżączkowego, którem jest srebro — część bowiem organiczna powoduje dyfuzję i adsorbcję leku, ma ona jednak niewątpliwie wpływ i na bakterjobójczość. Dalsze próby bakterjologiczne z większemi i mniejszemi zawartościami srebra będą przeprowadzone.

W odpowiedzi Kol. Felsowi nadmienia, że spostrzeżenia nad toksycznością nafty są zupełnie słuszne i zgodne ze spostrzeżeniami referenta. Preparaty: *„naphtamon i naphtargol"* tych właściwości toksycznych nie wykazywały w dotychczasowych badaniach.

Sekretarz: *T. Chorążak.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 19 kwietnia 1933 r.

1. Kol. I. Kon: *„Rumień guzowaty i zagadnienia pokrewne".* (P. G. L. Nr. 33—34. 1933).

W dyskusji: Kol. Reicher: Dermatolodzy widują bardzo często rumień guzowaty przy rzeżączce, kile i innych cierpieniach zakaźnych i toksycznych, niemających nic wspólnego z gruźlicą. Dermatologja nowoczesna traktuje rumień guzowaty jako syndrom, a nie jednostkę chorobową.

Kol. Mogilnicki: podkreśliwszy z uznaniem wysoki poziom odczytu kol. I. Kona, przytoczył przypadek obserwowany w szpitalu Anny-Marji, gdzie u dziecka po przebytym rumieniu guzowatym wykonano próbę Mantoux, poczem wystąpił ponownie wybitny rumień guzowaty, co potwierdzałoby jego gruźliczą etjologię.

Kol. Klinger wskazał na rzeżączkę, jako na ważny czynnik etjologiczny przy powstawaniu rumienia guzowatego, o czem wspominał już Josephsen, domagając się gonoreakcji we wszystkich przypadkach reumatycznych idących w parze z rumieniem guzowatym. Pozatem Kol. Klinger zakwestjonował twierdzenie prelegenta, jakoby dermatolodzy budowali jednostki chorobowe na zasadzie obrazu morfologicznego, wskazując na to, że już starzy autorzy odróżniali *erythema nodosum idiopathicum* od *er. nod. symptomaticum.*

Kol. Kon odpowiedział, że pedjatrzy uważają rumień guzowaty jako sygnał czynnej gruźlicy, dziecko takie należy prześwietlić i przeprowadzić wszelkie próby na gruźlicę. Pomimo to nie uważa gruźlicy za wyłączną etjologię rumienia.

2. Kol. Wajskopf wygłosił odczyt pod tytułem: *„O zaparciu nawykowem"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos Kol. Turyn i Trepman.

Kol. Wajskopf w odpowiedzi Kol. Turynowi w sprawie rozwolnień występujących na wsi zimą, a nie latem, zaznaczył, że sprawa ta, według niego, ma się inaczej, chociaż w referacie uwzględniał stosunki miejskie, gdzie charakterystyczną jest zmienność w odżywianiu, zależna od cen rynkowych, w czem dopatruje się przyczyny schorzeń jamy brzusznej; jako przykład niechaj służy spostrzeżenie Mac-Canisona, lekarza angielskiego w Himalajach, który dokonawszy tam 3600 zabiegów operacyjnych, ani razu nie stwierdził zapalenia wyrostka robaczkowego, wrzodu żołądka lub dwunastnicy wśród ludności dalekiej od ognisk cywilizacji i wymiany handlowej. W odpowiedzi na pytanie, czy zaparcia nie należy uważać za sprawę niedomogi wątroby, to właśnie w referacie na podstawie danych cytowanych autorów było zaznaczone, że schorzenia wątroby są sprawą wtórną na skutek zaparcia atonicznego ustępującego, zaś niedomoga wątroby może powstać wskutek zatrucia ustroju endo- i egzotoksynami pałeczki okrężnicy, tem bardziej że badania Fresingera wykazały, że odżywianie jarskie działa pobudzająco na wątrobę. W odpowiedzi Kol. Trepmanowi: *coecum mobile* uważa za sprawę organiczną i dlatego nie mówił o tem przy zaparciu nawykowem jako schorzeniu czynnościowem; co się tyczy wieku, to odwrotnie na podstawie statystyki obejmującej 16663 przypadków % zaparcia wzrasta nieznacznie wraz z wiekiem.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 10 października 1933 r.

1. Kol. Prezes zawiadomił zebranych o śmierci dra Ciaglińskiego, czł. Twa. Zebrani uczcili pamięć zmarłego powstaniem z miejsc i jednominutową ciszą.

2. Kol. Landau A., czł. Twa i kol. Held J. wygłosili odczyt p. t.: *„Postacie kliniczne kiły żołądka".*

Autorzy odróżniają następujące postacie kiły żołądka:

1) Nieżyt kiłowy żołądka pochodzenia bądź toksycznego, bądź na skutek bezpośredniego zadziałania krętków na błonę śluzową żołądka. Objawami przedmiotowemi nieżytu kiłowego żołądka, któremu niezawsze towarzyszyć muszą skargi podmiotowe chorych, są: upośledzone wydzielanie kwasoty i czerwieni obojętnej, częsta obecność śluzu, ciałek wypocinowych, krwawliwość śluzówki żołądka, a rentgenologicznie — upośledzenie czynności ruchowej żołądka oraz pofałdowanie jego śluzówki. To upośledzenie czynności wydzielniczej żołądka stwierdzili autorzy w 60% przypadków (na 105 zbadanych) w przebiegu zakażenia kiłowego.

2) Owrzodzenie kiłowe żołądka, powstające bądź na tle rozpadającego się kilaka *(gumma exulcerans)*, bądź na tle poprzedzającego nieżytu kiłowego śluzówki *(gastritis ulcerosa)*, bądź na tle zmian naczyniowych natury kiłowej w ścianie żołądka, lub też zmian w układzie nerwowym wegetacyjnym. Klinicznie za kiłowym

charakterem owrzodzenia przemawia nocny charakter bólów, większa skłonność do krwawień żołądkowych i niedokwaśność treści żołądkowej (objaw ostatni nie jest stały); rentgenologicznie: wielorakość owrzodzeń i umiejscowienie w górnej połowie żołądka; serologicznie: obecność niekiedy dodatniego odczynu Wassermanna w treści żołądkowej.

3. Postać rzekomo-nowotworowa kiły żołądka, w której skolei odróżniają: a) postać guzowatą (kilaki pojedyńcze lub mnogie) i b) postać nacieczeniową *(infiltration sclérogommeuse)*. Odróżnienie tej postaci od raka żołądka jest trudne. Za kiłowym charakterem sprawy przemawia stosunkowo dobry stan ogólny pacjenta, zachowanie łaknienia, brak niedokrewności przy wybitnie nieraz zmienionej sylwetce rentgenologicznej, brak leukocytozy przy względnej limfocytozie, często brak krwi w kale, przedewszystkiem zaś wyraźną poprawą po kuracji swoistej.

4. *Linitis plastica luetica*, czyli marskość i zwłóknienie całego żołądka. Postać ta jest zejściem postaci nacieczeniowej t. zw. „*infiltration sclérogommeuse*" am. 3 b.

5. Zmiany pokiłowe w żołądku stanowiące zejście jednej z postaci poprzednich; chodzi tu o zniekształcenia, przewężenia na skutek zmian bliznowatych całego, lub części żołądka, zrosty okołożołądkowe i t. p. Postacie te zazwyczaj nie poddają się już kuracji swoistej, stanowiąc raczej wskazanie do zabiegu chirurgicznego.

W dyskusji: kol. Mikułowski Wł., czł. Twa, wypowiada przekonanie, że rozpoznanie kiły żołądkowej, w większości przypadków, zmuszone jest spowodu braku kryterjów nosić cechy prawdopodobieństwa. Ani serologja, ani chemizm żołądka, ani cytodiagnostyka, ani histologiczne poszukiwanie zmian naczyniowych, niezawsze i nie dla każdego lekarza stanowić mogą kryterjum rozpoznawcze kiły. Podlegać może dyskusji rodzaj leczenia, gdyż, jak wiadomo, kiła wymaga często leczenia skombinowanego, t. j. swoistego i dodatkowo opoterapji, a w odniesieniu do zmian żołądkowych wymaga również często skombinowanego leczenia, więc chirurgicznego i dodatkowo swoistego. Oponent nie uważa za fortunny podział kiły żołądkowej na anatomiczną i czynnościową, bo granice tych dwu pojęć nie są uchwytne.

Kol. W. Orłowski, czł. Twa: objawy, które spotykamy w kile żołądka, oczywiście występują i w innych jednostkach chorobowych. Na nich nie możemy przeto opierać naszego rozpoznania różnicowego. Jednak są niektóre szczegóły, o których prelegent nie wspomniał, a które nasuwają na myśl możliwość istnienia kiły żołądka w odróżnieniu od innych stanów chorobowych. Wiemy, że w chorobie wrzodowej żołądka występują bóle, które mają pewien stosunek do czasu pobierania, jakości i ilości pokarmów. W kile żołądka tej typowości zwykle niema. Wiemy również, że w chorobie wrzodowej żołądka pozornie może nie być tej typowości, ale gdy zbierzemy wywiady dobrze i osoba chora jest inteligentna, to można tę typowość w przebiegu choroby odnaleźć. Dalej musimy w rozpoznawaniu kiły żołądka zwrócić uwagę na to, czy bóle występują w nocy.

W spostrzeganych przezeń przypadkach, występowały dość silne bóle w dołku podsercowym, przy braku bolesności uciskowej w tej okolicy. Tę nietypowość spostrzega się nietylko w przypadkach, które imitują chorobę wrzodową żołądka, lecz spostrzega się ją w przypadkach, które prelegent nazwał rzekomemi postaciami żołądkowemi.

Jeśli mamy osobnika w wieku młodym, u którego wyczuwa się guz, umiejscowiony w żołądku i jeśli w żołądku tego osobnika niema kwasu solnego, a jest kwas mleczny i jednocześnie osobnik ów ma dobre łaknienie, to należy myśleć nie o raku, lecz o kile żołądka. Wtedy odpowiednio zastosowane leczenie swoiste da możność rozwikłania tych nieraz bardzo trudnych do rozpoznania przypadków.

Co się tyczy częstości kiły żołądka, to między poszczególnymi lekarzami będzie rozbieżność zdań tak długo, jak długo nie zgodzimy się na to, co nazywać kiłą żołądka. Badania szkoły rosyjskiej wykazały, że wkrótce po zakażeniu kiłą można znaleźć zaburzenia w czynności wydzielniczej żołądka. Barwik wydziela się powoli, a pod wpływem leczenia swoistego wydzielanie wraca do normy dość szybko, a później również dość szybko wydziela się i kwas solny. Jeśli będziemy uwzględniali tylko te stany, które przejawiają się zmianami organicznemi w żołądku, to kiła żołądka będzie schorzeniem rzadkiem; jeśli uwzględnimy również zaburzenia żołądkowe, występujące na tle kiły nerwów współczulnych i układu ośrodkowego, t. zw. *neurogastrolues*, to wtedy powiemy, że kiła żołądka występuje dość często. Do tego czasu, póki autorowie prac nie pogodzą się co do mianownictwa, będą istniały rozbieżności.

Kol. Landau A., czł. Twa, podaje, że zwracał dużą uwagę na typowość objawów. W chorobie wrzodowej żołądka tej typowości objawów przynajmniej w połowie przyp. niema, zwłaszcza tam, gdzie wrzód bliznowacieje. Wtedy nieraz w drugim lub trzecim roku choroby typowość objawów znika. Kiedy chory przychodzi do lekarza w 6 roku choroby, to zazwyczaj już nie pamięta, co było na jej początku. Dlatego też typowość objawów ma zastosowanie tylko w bardzo małym odsetku przypadków choroby wrzodowej żołądka. Ból uciskowy jest pierwszym objawem przy *ulcus juxtapyloricum*. Wrzód kiłowy żołądka daje bóle nocne, ale daje je także i wrzód okrągły w początkowych okresach. Statystyka niewątpliwie będzie różna w zależności od tego, co będziemy zaliczać do kiły żołądka. Tu rzeczywiście trudno powiedzieć, czy zaburzenia zostały wywołane przez usadowienie się krętka bladego w samej ścianie żołądka, czy też objawy powstały na drodze hormonalnej, nerwowej i t. p. W każdym razie, jeśli mamy skłonność do krwawień i podkwaśność, a leczenie swoiste to usuwa, to trudno nie myśleć o kile żołądka. Musimy powiedzieć, że są to zmiany organiczne.

Zmiany kiłowe w guzie szarym i innych miejscach ośrodkowego układu nerwowego mogą również wywołać zaburzenia w żołądku. Gdy wyraźne objawy kiły żołądka cofają się pod wpływem leczenia swoistego, to należy uważać, że jest to nieżyt kiłowy. Dlatego też referent wyróżnił 5 grup organicznego schorzenia kiłowego żołądka.

3. Kol. Roguski J., czł. Twa, omówił „*Badania nad kwasem mlecznym we krwi ludzi w różnych stanach chorobowych*".

Prelegent badał zachowanie się kwasu ml. we krwi naczczo, w warunkach całkowitego spokoju oraz po obarczeniu doustnem 50% glukozy.

Badania jego ustaliły poziom krzywej laktacydemicznej w stanie normalnym ustroju oraz w szeregu stanów chorobowych, a w pierwszym rzędzie w przewlekłej niewydolności krążenia.

Tylko w bardzo ciężkiej niewydolności krążenia, szybko kończącej się śmiercią, przebieg krzywej laktacydemicznej wykazuje pewne odchylenia od normy. Niewydolność krążenia lekkiego i średniego stopnia wykazuje krzywe laktacydemiczne w granicach normy.

Wielkie nowotwory złośliwe powodują bardzo wysoki poziom krzywej laktacydemicznej przy umiarkowanej krzywej glikemicznej.

Cukrzyca przy bardzo wysokiej krzywej glikemicznej wykazuje umiarkowaną krzywą laktacydemiczną. Tylko ciężkie postacie cukrzycy z acetonurją powodują wzmożenie się zawartości kw. ml. we krwi.

Stosunek krzywej glikemicznej do laktacydemicznej jest odwrotny w cukrzycy i nowotworach złośliwych wielkich rozmiarów.

Niedokrwistość nie jest dostateczną przyczyną do wywołania hiperlaktacydemji.

W chorobach nerek, nawet przebiegających z mocznicą, krzywa laktacydemiczna jest prawidłowa lub nawet nieco niższa niż w normie.

W hipertyreozach przebieg krzywej laktacydemicznej jest prawidłowy, przy zwykle wyższym poziomie krzywej glikemicznej.

Choroby wątroby przebiegają naogół z prawidłową krzywą laktacydemiczną. Ciężkie stany chorobowe w okresie agonalnym charakteryzują się dużym poziomem kw. ml. we krwi, co zdaje się nie zależeć od zasadniczej sprawy chorobowej.

Ostre zatrucia pochodnemi kwasu barbiturowego oraz tlenkiem węgla wywołują znaczną hiperlaktacydemję.

Badanie zawartości kw. ml. w płynach wysiękowych i przesiękowych może być pomocniczym czynnikiem dla odróżnienia przesięku od wysięku.

W dyskusji: Kol. Orłowski W., czł. T-wa, stwierdza, że badania nad poziomem kwasu mlecznego we krwi w stanach chorobowych i prawidłowych były przedmiotem prac licznych badaczy. Kol. Roguski pogłębił je. Takich systematycznych badań nie było. Jak widać, na podstawie badań bardzo ściśle przeprowadzonych przychodzimy do wniosku, że kwas mleczny nie ma nic wspólnego z niewydolnością krążenia. Krzywa kwasu mlecznego u ludzi z lekką i średniego stopnia niewydolnością krążenia przebiega jak u zdrowych. Jeżeli kwas mleczny ma wywoływać niewydolność, to w tym średnim stopniu niewydolności najwyraźniej powinniśmy mieć wyższy poziom kwasu mlecznego we krwi. Tylko w ciężkiej niewydolności krążenia spostrzega się wielką ilość kwasu mlecznego, co zgóry można było przewidzieć, gdyż ciężkiej niewydolności krążenia towarzyszy duża duszność, a więc chory nie znajduje się w tym spokoju, który jest niezbędny dla ustalenia poziomu kwasu mlecznego niezależnego od pracy mięśniowej. Tam, gdzie ten spokój jest zachowany, tam poziom kwasu mlecznego nie został zaburzony. Zasługą Kol. Roguskiego jest to, że wykazał nam przebieg krzywej kwasu mlecznego w różnych stanach chorobowych.

Kol. Wierzuchowski, od dłuższego czasu zajmuje się w oddziale przemiany materji stosunkiem kwasu mlecznego do utleniania w związku z przyswajaniem cukru. Praca dra Roguskiego uderza z tego punktu widzenia, że przemiana w stanach nowotworowych wykazuje nadmierne ilości kwasu mlecznego naczczo, a oznaczanie kwasu mlecznego naczczo w różnych innych stanach patologicznych wykazuje kwas mleczny bardzo blisko granicy normy. Celem ustroju jest utrzymanie kwasu mlecznego we krwi w granicach stałych i wąskich, mimo bardzo wielkich i rozległych zmian patologicznych w ustroju. Badania najnowsze, wbrew dawnym pracom, wykazały, że u człowieka normalnego można w wybitnym stopniu zmieniać warunki stężenia jonów wodorowych we krwi, stosując oddychanie powietrzem zawierającem mniej lub więcej tlenu. Można ustrój zmusić do pracy średniociężkiej, a mimo to ilość kwasu mlecznego we krwi prawie się nie zmieni. Osobnicy niewyćwiczeni w pracy nie wykazują zwiększenia kwasu mlecznego we krwi. Zastrzeżenie dra Roguskiego, że niektórzy chorzy wykazywali zwiększenie napięcia mięśniowego i wobec tego mieli stale zwiększone wartości dla kwasu mlecznego we krwi, nie wydają się jednak prawdopodobne.

Dla oznaczania poziomu kwasu mlecznego w cukrzycy trzeba krew uwolnić od acetonu, inaczej otrzyma się błędny wynik. Krew należy oczyścić od acetonu przez destylację powietrzną bez dopuszczania nadmanganianu potasu. W cukrzycy należałoby po strąceniu białka i cukru we krwi wykonać badanie metodą Hagedorna, czy znajdują się jeszcze ciała redukujące. Mimo tego oczyszczenia badania dają raz wyższe punkty, raz niższe, stąd ta nieregularność w wynikach przy równocześnie wysokiej zawartości cukru we krwi.

Kol. Apfelbaum E. Nadmiar jonów wodorowych nie zmienia poziomu kwasu mlecznego jako kwaśnego moderatora ustroju. Jednakże na dowód tego może służyć poziom kwasu mlecznego w cukrzycy. Wydawałoby się, że poziom kwasu mlecznego powinien być obniżony. Tymczasem tak nie jest. Nie zmienia to faktu, że w pewnych warunkach czynniki kwaszące mogą zmniejszać poziom kwasu mlecznego.

Kol. Roguski J., czł. T-wa. Zgadzam się, że dotychczasowe badania, które wykazywały w pewnych stanach patologicznych wysokie wartości dla kwasu mlecznego, były niesłuszne. Zwykły oddech dla badanego osobnika jest w niektórych stanach chorobowych ciężką pracą. To, że udało się w wielu stanach chorobowych otrzymać stałe liczby dla kwasu mlecznego, zawdzięczam odpowiedniemu przygotowaniu pacjenta, zastosowaniu surowych warunków podstawowych.

Zastrzeżenia kol. Wierzuchowskiego są słuszne. Pewne części acetonu przechodzą do destylatu. Jednak wielkich odchyleń od normy w cukrzycy badania moje nie wykazują.

Sekretarz Doroczny: *K. Chodkowski.*
Prezes: *P. Paszkiewicz.*

Jubileusz sześćdziesięciolecia Prof. Dra J. Petřivalský'ego.

Dnia 29-go listopada ub. r. obchodził Prof. Dr. Juljusz Petřivalský, dyrektor kliniki chirurgicznej w Bernie, sześćdziesięciolecie urodzin. Jubilat urodził się w r. 1873 w Winarach na Morawach, habilituje się w Pradze w r. 1909 a w r. 1915 uzyskuje tytuł nadzwyczajnego profesora chirurgii na uniwersytecie Karola. Po upadku Austrji zakłada w charakterze zwyczajnego profesora chirurgii klinikę chirurgiczną na nowopowstałym uniwersytecie im. Masaryka w Bernie. Od tego czasu stoi nieprzerwanie na czele tej kliniki, osiągając sławę wybitnego uczonego i pedagoga. Sześćdziesięciolecia dochodzi w pełnem zdrowiu i przy niesłabnącym zapale do pracy, otoczony miłością i wdzięcznością swych uczniów, którzy wespół z przyjaciółmi Jubilata wydali jubileuszowy zeszyt *Časopisu Lekařů Českých.* Prof. Petřivalský zyskał sławę doskonałego pracownika-naukowca dzięki szeregowi prac naukowych. W pracy naukowej wybił się nietylko jako chirurg hołdujący określonym metodom, lecz również, jako eksperymentator, a prace jego odznaczają się szerokim zakresem zainteresowań. Do współpracy wciągał zawsze jednostki uzdolnione, na klinice swej skupił szereg pracowników, do których należą czterej profesorowie nadzwyczajni i trzej docenci chirurgii, nie licząc prymarjuszów szpitali prowincjonalnych, którzy wyszli ze szkoły jubilata.

Czechosłowacki świat lekarski uroczyście obchodził sześćdziesięciolecie Prof. Petřivalský'ego; do życzeń Czechosłowackich Kolegów dołączamy i nasze szczere życzenia, by Jubilat mógł wiele jeszcze lat pracować naukowo, wychowywać kadry dzielnych lekarzy i nieść ulgę chorym.

Ungar (Lwów).

LISTY DO REDAKCJI.

Odpowiedź na niektóre uwagi, wypowiedziane przez Pana Doc. Dr. Antoniego Sabatowskiego o Mapie Uzdrowisk Polski w Polskiej Gazecie Lekarskiej w Nr. 2. z r. 1934.

Mapa ma w swojem założeniu obrazować obecny polski stan posiadania w zakresie uzdrowisk. Nieczynne zdrojowiska wkreślono w nią jako miejscowości z wodami kruszcowemi, a nie jako zakłady zdrojowe, zapomocą osobnego znakowania.

Góry karpackie oznaczono tylko napisami z tego powodu, że przez szkicowanie ich powstałoby wielkie zaciemnienie tła — zdanie fachowych znawców, — a wraz z tem wielka trudność przy umieszczaniu napisów i przy odnajdywaniu miejscowości uzdrowiskowych. Napisy z nazwami pasm górskich, — o których niema wzmianki w ocenie, — wystarczą dla każdego, kto posiada bodaj podstawowe wiadomości z zakresu geografji Polski, ażeby poznać, że np. Krynica, Szczawnica, Zakopane są górskiemi a np. Inowrocław, Ciechocinek, Druskieniki zdrojowiskami, leżącemi na niegórskim terenie.

Przestrzenie leśne są rozrzucone bezmała po całej Polsce. Wiadomości o ich rozmieszczeniu nie są tak powszechne, jak wiadomości o Karpatach. Wrysowanie ich w mapę wydawało się wobec tego bardzo pożądane. Wśród zielonej barwy uwydatniają się zapewne słabiej niebieskie znakowania letnisk i nielicznych stacyj klimatycznych. Ale każdy, kto chce na mapie odnaleźć jakąś miejscowość, szuka jej według nazwy. A czarne napisy nazw odcinają się zupełnie dobrze na zielonem tle.

Rozdzielanie zdrojowisk według grupowej przynależności ich wód jest zapewne bardzo ponętną rzeczą. Ale wymagałoby tak wielkiej ilości odmiennych znaków, że możnaby je przeprowadzić tylko na mapie, przeznaczonej wyłącznie dla uwydatnienia zdrojowisk z opuszczeniem letnisk, stacyj klimatycznych, zakładów przyrodoleczniczych i kąpielisk, a i w tym także zakresie z niemałemi trudnościami i z bardzo znacznym nakładem pieniężnym.

Czy „brak rozdziału według rodzaju wód i brak zobrazowania wzniesień utrudnia orjentację praktyczną chcącemu wybrać miejscowość zdrojową czy klimatyczną", zależy od tego, kogo się ma przytem na myśli. Do lekarzy, a do nich należy wybór w przeważnej większości przypadków, nie może się to odnosić. Wszak każdy z nich, wskazując choremu tę czy ową miejscowość zdrojową czy klimatyczną, musi już zgóry wiedzieć, jakiemi wodami kruszcowemi ta miejscowość rozporządza, względnie jakie są jej właściwości klimatyczne.

Przy reprodukcji mapy musiało Towarzystwo Balneologiczne liczyć się bardzo skrupulatnie ze swojemi zasobami finansowemi. I w treści mapy i w jej technicznej reprodukcji dało to, co dać mogło w danych finansowych warunkach, a dawało z myślą nie o własnych korzyściach, lecz o polskich uzdrowiskach i o funduszu mającego powstać Polskiego Instytutu Balneologicznego. Obecna mapa tworzy wstęp do akcji kartograficznej. W dalszym jej toku skorzysta i autor i wydawca mapy bardzo chętnie z wszelkich uwag, rad i wskazówek. Ale liczą jednak, że już ten pierwszy początek przysłuży się sprawie zdrojownictwa i spotka się wszędzie i u wszystkich z życzliwem przyjęciem.

L. Korczyński (Kraków).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dziennikiem Personalnym Nr. 15 z dnia 19 grudnia 1933 roku, zostali w służbie sanitarnej mianowani pułkownikami następujący podpułkownicy: dr. Krzyski Tomasz, dr. Bałaszeskul Franciszek, dr. Henoch Mieczysław i dr. Błażejewski Bolesław. Podpułkownikami następujący majorowie: dr. Stanoch Adolf, dr. Missiuro Włodzimierz, dr. Sowiński Kazimierz, dr. Mrozowski Władysław, dr. Sawicki Zygmunt, dr. Garniewicz Stanisław, dr. Bobak Stefan, dr. Kulesza Jan, dr. Radziszewski Władysław Marjan, dr. Twaróg Władysław.

Zmarli.

Dr. Michał Hładij, naczelny lekarz szpitala O. O. Bonifratrów i chirurg kolejowy Krakowskiej Dyrekcji Kolei Państwowych, znany i zasłużony działacz sportowy, zmarł w wieku 52 lat w Krakowie.

Dr. Emil Prašek, profesor higjeny i dyrektor Instytutu higjenicznego w Zagrzebiu (Jugosławja) zmarł 1 lutego b. r. w wieku 48 lat.

We Francji zmarł Dr. Maurycy Leprince, wytwórca znanych specyfików leczniczych. Zmarły opiekował się w Paryżu polską młodzieżą, studjującą medycynę, tworząc dla niej specjalne stypendja i okazując jej swą życzliwość we wszelkiej postaci.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

W dniach 4 i 5 stycznia b. r. odbył się w Warszawie Zjazd oficerów - lekarzy, byłych odkomenderowanych na studja na Uniwersytet Warszawski. Otwarcia Zjazdu dokonał Szef Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk. Gen. Rouppert, witając zebranych w gorących słowach. Byli odkomenderowani, mówił gen. Rouppert, różnią się tem od młodych wychowanków Szkoły Podchorążych Sanitarnych, że mają za sobą polowe doświadczenie wojenne i doświadczenie to powinni kultywować i przekazać je młodszym kolegom. W pierwszym dniu zjazdu wygłoszono następujące referaty: mjr. dr. Dietrich: „Lekarz w wojsku", kpt. dr. Dekański: „Rzut oka na stan obrony i ratownictwa przeciwgazowego w wojsku", kpt. dr. Telatycki: „Zagruźliczenie wojska a możliwości walki z gruźlicą w jego ramach". Następnie uchwalono powołać do życia Koło Oficerów-lekarzy, byłych odkomenderowanych na studja, wspólne dla Warszawy, Krakowa i Lwowa. Koło to będzie miało około 350 członków. W drugim dniu zjazdu zwiedzono Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich oraz Państwowy Zakład Higjeny.

25-lecie Polsk. Tow. Okulistycznego. W dniu 21 stycznia r. b. obchodzono tę uroczystość w Warszawskim Instytucie Oftalmicznym. Wobec licznie zebranych członków Towarzystwa i zaproszonych gości po zagajeniu posiedzenia przez Prezesa Tow. pułk. dr. Karnickiego, przemawiali delegaci: minister dr. Hubicki w imieniu Rządu, dr. Orzechowski, jako przedstawiciel instytucyj szpitalnych miejskich, prof. Szymański i prof. Lauber od Wydziałów lekarskich, gen. dr. Kołłątaj Srzednicki od wojskowej szkoły sanitarnej, drzy Grzankowski, Sterling Wł. i Handelsman, jako delegaci Tow. ginekologów, neurologów i psychjatrów, prof. dr. Melanowski od Warsz. Tow. Lek. i przedstawiciel naszej Gazety dr. W. Szumlański. Dr. Kazimierz Bein, jedyny z żyjących założyciel Tow. (byli nimi jeszcze zmarli Dr. Dobrzański i dr. Zieminski) odczytał wyczerpujący rys historyczny Towarzystwa i scharakteryzował pokrótce zasługi wszystkich tych żyjących i zmarłych członków Towarzystwa, którzy pracą swą, odczytami i demonstracjami przyczynili się w ciągu ćwierćwiecza do rozwoju tej instytucji naukowej. Zebranie towarzyskie w salonach hotelu Polonia, zorganizowane przez gorliwego sekretarza Tow. kol. A. Wieczorka upłynęło w bardzo wesołym nastroju i stanowiło miłe zakończenie uroczystości.

Zebranie Wydziału Lek. T. P. N. wspólnie z Tow. Internistów Polskich w Poznaniu odbyło się dn. 9 lutego b. r. 1. W. Tomaszewski: Wartość kliniczna retikulocytów. 2. W. Jezierski: Właściwości i jadowitość potu ludzkiego. 3. A. K. Werner: Biologiczno-lekarskie podstawy sezonów zimowych w uzdrowiskach. 4. W. Łapa i W. Tomaszewski: Działanie Quinby na przebieg tyfusu brzusznego.

Lwowskie Tow. Lek. II posiedzenie odbyło się 9 lutego b. r. 1. Falkiewiczowa: Omówienie przypadku surowiczego zapalenia opon mózgowych. 2. Sosin: Pokaz prep. anatomo-patologicznych: a) wielokrotne włókniako-mięśniaki płuc, b) ciała obce w żołądku, c) przyp. zachłyśnięcia pudrem. 3. Hornung: Omówienie przypadku po operacji Jacobaeusa. 4. Szumski: Stan obecny organizacji lecznictwa w kasach chorych, jego krytyka i projekty reorganizacji przedłożone Komisarzowi organizacyjnemu Izby Ubezp. Społ. w związku z pracami nad wprowadzeniem w życie Ustawy Scaleniowej z marca 1932 r. (dokończenie).

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dn. 13 lutego 1934 r. Przyjęcie zapisów ś. p. kol. Ciąglińskiego Adama z Warszawy i ś. p. kol. Pawłowskiego Wacława z Lublina. Grzywo-Dąbrowski W. i Manczarski A.: Samobójstwa w Polsce w r. 1931. Grzywo-Dąbrowski W. i Felc Wł.: Zmiany anatomo-patologiczne w przypadkach samobójstw. Goldman M. (senjor): W sprawie badań krzywych ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną.

Krakowskie Tow. Lek. Program najbliższych posiedzeń: 21. II. Prof. Dr. J. Latkowski: „Pokazy chorych z Kliniki Lekarskiej U. J.". 28. II. Prof. Dr. K. Lewkowicz: „Nadrzędność zmian splotowych w stosunku do oponowych w powstawaniu nagminnego zapalenia opon mózgowych". 7. III. Dr. I. Glasner: „Czy uzasadnionym jest przymus szpitalnej izolacji szkarlatyny".

Sprawy zawodowe.

Ministerstwo Oświaty ustaliło normy wynagrodzenia kontraktowych lekarzy i dentystów szkolnych. Lekarze i dentyści zatrudnieni kontraktowo w ogólnokształcących szkołach średnich i zawodowych otrzymywać będą miesięcznie 14 zł za każdą godzinę pracy w tygodniu. Liczbę godzin tygodniowej pracy lekarzy i dentystów w szkołach średnich ogólnokształcących ustala kuratorjum okręgu szkolnego. W szkołach zawodowych jedna godzina pracy tygodniowo przypaść ma dla lekarzy i dentystów na 30 uczniów. Dla lekarzy w szkołach posiadających warsztaty maszynowe oraz w szkołach posiadających internaty jedna godzina tygodniowo przypada na 20 uczniów.

Medycyna społeczna.

Pomoc dentystyczna w ubezpieczeniach społecznych. Ministerstwo Opieki Społecznej wystąpiło z projektem, aby ubezpieczalnie społeczne udzielały ubezpieczonym i ich rodzinom tylko pierwszej pomocy dentystycznej, jak zatrucie, znieczulanie i usuwanie zębów. Ubezpieczalnie dążą do utrzymania pomocy dentystycznej w dotychczasowych granicach, polegającej na leczeniu zachowawczem, jak leczenie i plombowanie zębów. W rozmowach, przeprowadzonych w tej kwestji między Minist. Opieki Społecznej a Izbą Ubezpieczeń Społecznych, wysunięto projekt kompromisowy zmierzający do wydzierżawienia ambulatorjów ubezpieczalni społecznych zrzeszeniu lekarzy dentystów, zatrudnionych w tych ubezpieczalniach. Według tego projektu zrzeszenie lekarzy udzielałoby ubezpieczonym pomocy dentystycznej na własne ryzyko i rachunek.

Na ostatniem posiedzeniu Rady Opieki Społecznej omawiano sprawę fundacyj opiekuńczych i leczniczych w Polsce. Na terenie Polski działa obecnie w zakresie opieki społeczno-opiekuńczej 225 fundacyj na cele opieki nad dziećmi i młodzieżą, 350 na cele opieki nad dorosłymi, 85 na cele opieki nad dorosłymi, dziećmi i młodzieżą, oraz 625 innych fundacyj opiekuńczych. Ogółem liczba fundacyj opiekuńczych wynosi 1.285. Z fundacyj leczniczych 100 przeznaczonych jest na utrzymanie szpitali, oraz 25 na inne cele lecznicze.

Przyrost naturalny ludności Polski za III. kwartał roku 1933 wyniósł 13,6 na 1.000 mieszkańców, a więc jest większy aniżeli w poprzednich kwartałach r. 1933 (10,0 i 12,6). Zwiększenie się przyrostu naturalnego spowodowane zostało obniżoną ilością zgonów, podczas gdy ilość urodzeń żywych uległa w dalszym ciągu nieznacznemu obniżeniu.

Różne.

Projekt ustawy o pielęgniarstwie został uchwalony przez Radę Ministrów. Reguluje on wykonywanie czynności pielęgniarskich zarówno w zakładach leczniczych jak i domach prywatnych. Pielęgniarzem może zostać osoba, która posiada dyplom szkoły pielęgniarstwa i wtedy tylko może wykonywać czynności pielęgniarskie. Szkoły mogą być otwierane tylko na podstawie zezwolenia Min. Opieki Społ., nauka trwa przynajmniej $2^1/_2$ lat i kończy się egzaminem przed komisją w urzędzie wojewódzkim. Kandydaci muszą mieć ukończone gimnazjum.

Odsłonięcie tablicy pamiątkowej na gmachu zakładów farmaceutycznych Uniw. Warsz. przy ul. Przemysłowej 25, odbyło się 12. XII. 33. w obecności przedstawicieli władz i sfer uniwersyteckich. Wyryty na tablicy napis ma brzmienie następujące: „Gmach ten ofiarowali Uniwersytetowi Warszawskiemu dla Wydziału Farmaceutycznego Farmaceuci Polscy dnia 9-go czerwca 1928 r. za Rektoratu J. Magnificencji Ks. Bisk. Antoniego Szlagowskiego, za Dziekanatu Bronisława Koskowskiego staraniem Komitetu Budowy, który stanowią: Bronisław Koskowski, Wacław Filipowicz, Antoni Ossowski, Wincenty Borejsza, Wacław Grochowski, Stanisław Krauze, Czesław Nałęcz".

Propaganda naszych uzdrowisk. Dr. Edward Gliksman z Otwocka, przebywający obecnie w Stanach Zjednoczonych Am. Płn. zajął się bardzo gorliwie propagandą polskich uzdrowisk, wygłaszając na ten temat odczyty publiczne. Propagandą uzdrowisk zainteresował się również dr. Fisz, attaché polsko-amerykańskiej Izby Handlowej przy Konsulacie Polskim w New-Yorku. Wyniki tej akcji mogą bez wątpienia przynieść duże korzyści naszym uzdrowiskom i przyczynią się do wzmożenia ruchu turystycznego. Praca natrafia jednak na duże

trudności techniczne, gdyż uzdrowiska nasze nie posiadają odpowiednich broszur propagandowych, zredagowanych w języku polskim i angielskim. Biuro Propagandy Medycyny Polskiej zwracało się z prośbą do zarządów kilkunastu uzdrowisk polskich o wysłanie pod adresem dra Gliksmana potrzebnych mu materjałów. Na odezwę tę odpowiedziało jedynie Zakopane, Ciechocinek i Rabka.

W dniu 28 listopada popularne pismo La Presse Médicale wydało spowodu 40-lecia istnienia obszerny obejmujący 83 strony tekstu numer jubileuszowy, bogato ilustrowany; poza wstępem historycznym prof. H. Roger'a numer ten zawiera 24 prace z różnych dziedzin medycyny klinicznej.

Nakładem Pol. Wydawnictwa Lek. *„Ars Medici"* ukazuje się od września ub. r. miesięcznik referatowy „Klinika Współczesna". Zamieszcza streszczenia wybranych prac z piśmiennictwa lekarskiego polskiego i obcego wszystkich działów. Zeszyty, które ukażą się po 1 stycznia b. r., notować będziemy w dziale „Bibljografja".

Komunikaty.

Bibljoteka Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, Warszawa, Górnośląska 45 jest czynna codziennie od godziny 8 do 20 bez przerwy, korzystać z Bibljoteki mają prawo wszyscy lekarze. Książki wypożycza się również na prowincję. Bibljoteka posiada obecnie ponad 50.000 tomów książek i czasopism lekarskich, prenumeruje 317 czasopism. Aby umożliwić nabywanie wszystkich ważniejszych nowości z dziedziny medycyny, zostały wprowadzone od 1 stycznia b. r. drobne opłaty, a mianowicie: za wypożyczanie książek i czasopism 1 zł miesięcznie, za korzystanie z czytelni 2 zł półrocznie, za zestawienia piśmiennictwa polskiego i obcego na wszelkie tematy z dziedziny medycyny 10 gr od pozycji. Pieniądze wpływające z tych opłat będą obracane wyłącznie na powiększanie zbiorów, a zwłaszcza na zakupowanie książek w językach obcych i prenumeratę nowych czasopism. Przy nabywaniu książek będą uwzględniane, w miarę możności, życzenia czytelników.

W Państw. Szkole Higjeny w Warszawie pod kierunkiem dra M. Zacherta odbędzie się od 20—28 marca 1934 r. IX Kurs trachomatologji i okulistyki społecznej dla lekarzy. Min. Opieki Społ. zwraca uwagę na zarządzenia o obowiązkowem przeszkoleniu w zakresie trachomatologji wszystkich lekarzy publicznej służby zdrowia. Opłata 25 zł.

„Lekarz Wojskowy" drukował do czasu swej „reorganizacji" w lecie 1933 doskonały przegląd bieżącego piśmiennictwa lekarskiego polskiego i obcego, który nie ustępował najlepszym tego rodzaju publikacjom zagranicznym. Grono Kolegów, którzy pracę tę prowadzili, kontynuuje ją nadal wydając nakładem Koła Wydawniczego Oficerów Korpusu Sanitarnego w Warszawie dwutygodnik p. t. „Tętno Medycyny". Witamy te zeszyty narówni ze wszystkimi, którym leży na sercu rozwój polskiej bibljografji lekarskiej z prawdziwą radością i uczuciem ulgi, że wartościowe wydawnictwo nie zostało zaniechane. Do końca roku ubiegłego ukazały się 2 zeszyty za październik i podwójny za listopad łącznej objętości 200 stron, przyczem osobno wydrukowano spis rzeczy dla każdego miesiąca. Redakcja spoczywa w rękach doc. dra G. Szulca i dra St. Konopki i mieści się w Warszawie, ul. Górnośląska 45. Prenumerata roczna 18 złotych. Nowe zeszyty będziemy notowali w dziale „Bibljografja".

Subwencja na badania raka i chorób wenerycznych. Polska Akademja Umiejętności rozda w kwietniu b. r. z funduszu ś. p. Pawła Tyszkowskiego subwencje na rok 1934 na badania przyrodnicze i lekarskie, przedewszystkiem mające łączność z poznaniem istoty choroby raka i chorób wenerycznych lub ich leczeniem. Zgłaszający się o subwencje powinni wykazać, iż umieją pracować samodzielnie naukowo, i dołączyć spis, względnie odbitki prac już drukowanych. W podaniu podany być musi temat i plan zamierzonej pracy oraz kwota potrzebna na jej wykonanie. Pierwszeństwo mają prace o charakterze doświadczalnym. W bardzo wyjątkowych wypadkach może Komitet zezwolić na wykonywanie pracy subwencjonowanej za granicą, lecz subwencja nie może służyć na pokrycie kosztów podróży i utrzymania. Ubiegający się o subwencje mają wnosić podania do Polskiej Akademji Umiejętności do 1 marca 1934. Ze względu na zmniejszone dochody funduszu, w obecnym roku będą przyznane subwencje tylko na podania bardzo silnie dotychczasowym dorobkiem naukowym petentów uzasadnione.

Polski Związek Przeciwgruźliczy organizuje z poparciem Dep. Służby Zdrowia (Min. Opieki Społ.) i Wydz. Lek. U. W. miesięczny kurs odmy leczniczej dla lekarzy. Obecny kurs trwać będzie od dnia 26 lutego do 24 marca r. b. i uwzględni przedewszystkiem studja praktyczne w szpitalu i sanatorjum oraz w poradniach przeciwgruźliczych, gdzie każdy ze słuchaczów będzie miał możność dokładnego zaznajomienia się z techniką zakładania odmy. Nadto kurs obejmie 18 godz. wykładów teoretycznych o odmie sztucznej i jej powikłaniach oraz o walce społecznej z gruźlicą. Podania o przyjęcie na kurs należy nadsyłać najpóźniej do dnia 15 lutego r. b. do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie ul. Chocimska 24 (gmach Państwowej Szkoły Higjeny). Do podania należy dołączyć: 1) curriculum vitae oraz 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegujące lekarza na kurs. Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie stypendjum w wysokości 200 zł. Z ukończenia kursu wydane będzie każdemu ze słuchaczów odpowiednie zaświadczenie.

Sekretarjat IV. Zjazdu Międzynarodowego Radjologów (Zurich, Gloriastrasse 14) ogłasza terminy ostateczne zgłoszeń: 1. IV. 1934 dla komunikatów i streszczeń; 1. VI. dla fotografij; 1. VII. dla zapisów na zjazd i wycieczek organizowanych po zjeździe.

Société Médicale du Littoral (24 rue Verdi à Nice) urządza 2 podróże tygodniowe lekarskie wzdłuż Riviery francuskiej w ostatnich dniach marca i pierwszym tygodniu kwietnia. Koszta każdej wynoszą 1.200 fr. fr.

Redakcja otrzymała:

Vilém Lautberger (Brno, ČSR.): IV. sjezd slovanských lékařu a XIV. sjezd polských lékařů a přirodopisců v Poznani. „Biologické Listy", čis. 3, roč. XVIII.

Wł. Mikulowski: Zagadnienie etjologji kiłowej w patologji cukrzycy dziecięcej. Odb. „Przegl. Dermatolog.". Nr. 3. 1933.

Wł. Mikulowski: Gruźlica opon mózgowych u dziecka 10-letniego z wrotami zakażenia w migdałkach. Odb. „Gruźlica". Nr. 4. 1933.

Wł. Mikulowski: Przyczynek do kliniki żółtaczki ciężkiej u dziecka. Odb. „Medycyna". Nr. 18. 1933.

Wł. Mikulowski: Przyczynek do symptomatologji schorzeń mózgowych w kokluszu. Odb. „Medycyna". Nr. 21. 1933.

Wł. Mikulowski: Chorée familiale. Odb. „Revue Française de Pédiatrie". Tome IX. Nr. 3, 1933.

Wł. Mikulowski: Application de l'expérience de Weed comme traitement du blocage du canal céphalo-rachidien dans la méningite cérébrospinale. Odb. „Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris". Nr. 10. 1932.

Wł. Mikulowski: Sur une nouvelle dystrophie de la syphilis congénitale l'asymétrie digitale. Odb. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie". T. IV. 1933.

A. Musiał: Tumor amyloideus palpebrae. Odb. „Zeitschr. f. Augenheilkunde". Band 80. 1933.

A. Musiał: Ein Fall von Fibroma globosum corneae. Odb. „Zeitschr. f. Augenheilkunde". Band 80. 1933.

A. Musiał: Ein Fall von Lymphogranuloma malignum der Semilunarfalten des Auges. Odb. „Zeitschr. f. Augenheilkunde". Band 81. 1933.

H. Mondor: Diagnostics urgents. Abdomen. II. wyd. Paris. Masson 1933. Str. 1054, ryc. 276, cena 145 fr.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.